



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde:
a associação com a multimorbilidade**

Mestrado em Saúde Pública

Maria Luísa Félix Teixeira

Janeiro de 2020



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde:
a associação com a multimorbilidade**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Joana Rita Ramalho Alves

Janeiro de 2020

RESUMO

Introdução: A prevalência de multimorbilidade (MM) tem vindo a aumentar em todo o Mundo. Por terem maiores necessidades em saúde, as pessoas que vivem com MM apresentam maior risco de enfrentar barreiras no acesso aos cuidados de saúde. O acesso aos cuidados de saúde pode ser avaliado através do auto-reporte de Necessidades de Cuidados de Saúde não Satisfeitas (NCSNS). Com este trabalho pretende-se compreender se as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde são distintas em função da presença ou ausência de MM.

Métodos: Recorrendo à base de dados do *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* (dados 2015) foram analisados os dados para uma amostra de 1661 indivíduos com 50 ou mais anos de idade residentes em Portugal. O estudo das prevalências de NCSNS e a relação entre as principais características socioeconómicas e demográficas e as NCSNS foi efetuado através do teste de qui-quadrado de Pearson e da Regressão Logística univariada e multivariada, estratificando-se a amostra entre pessoas com MM e sem MM.

Resultados: As pessoas com MM apresentaram uma prevalência significativamente maior de NCSNS do que as pessoas sem MM.

Quando se ajustaram as características sociodemográficas, na presença de MM, verificou-se que ser mulher ou ter um rendimento baixo aumentam em 1,6 ou 2 vezes a probabilidade de apresentar NCSNS, respetivamente.

Conclusão: As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde são mais evidentes nas pessoas com MM. No desenho de novas soluções políticas que dêem melhor resposta às necessidades em saúde das pessoas com MM é essencial considerar os dados deste estudo com vista à redução da iniquidade em saúde.

Palavras-chave: Multimorbilidade, Necessidades de Cuidados de Saúde não Satisfeitas, Equidade, Acesso aos Cuidados de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of multimorbidity (MM) is increasing worldwide. People living with MM have more health needs and are at greater risk of facing barriers to the access of health care.

Access to health care can be assessed through self-reporting of Unmet Health Care Needs (UHCN).

This study aims to understand if the inequalities on the access to health care differ according to the presence or absence of MM.

Methods: Using the data from the European Health and Retirement Aging Survey (data from 2015), a sample of 1661 people aged 50 year old and over and living in Portugal was analysed. The study of the prevalence of UHCN and the relationship between the main socioeconomic and demographic characteristics and UHCN was performed through Pearson's Chi-Square Test and univariate and multivariate Logistic Regression, stratifying the analysis according to the presence or absence of MM.

Results: People with MM had a higher prevalence of UHCN than people without MM. When adjusting for sociodemographic characteristics, in the presence of MM, being female or having low income increased by 1.6 or 2 times the probability of having UHCN, respectively.

Conclusion: Inequalities in access to health care are more present in people with MM. In order to design new policy solutions that better suits the needs of MM, it's important to consider the results shown in this study, to build solution that reduce the health and social inequities.

Keywords: Multimorbidity, Unmet Health Care Needs, Equity, Access to Health Care

INDICE

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	3
1. Revisão Bibliográfica	3
1.1 Multimorbilidade	3
1.1.1 Desigualdades socioeconómicas na multimorbilidade	4
1.2 Desigualdades em Saúde	6
1.2.1 Desigualdades em saúde, em Portugal	7
1.3 Utilização dos Serviços de Saúde	8
1.4 Acesso aos Cuidados de Saúde na Multimorbilidade	11
1.5 Necessidades de Cuidados de Saúde não Satisfeitas	13
1.5.1 Determinantes sociais das NCSNS	16
1.6 Necessidades de Cuidados de Saúde não Satisfeitas na Multimorbilidade	17
2. Questão de Investigação e Objetivos	19
II. Material e Métodos	21
1. <i>Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE</i>	21
2. Desenho do Estudo	21
3. População-alvo	21
4. Amostra de Estudo	22
5. Variáveis	22
6. Análise Estatística	26
7. Aspetos éticos	27
III. Resultados	29
1. Caracterização da Amostra	29
2. Prevalência das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas	31
3. Caracterização da amostra estratificada pela variável multimorbilidade	32
4. Prevalência das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas estratificada pela variável multimorbilidade	33
5. Associação entre as NCSNS e as características sociodemográficas, estratificada pela variável multimorbilidade	33

5.1 NCSNS na ausência de multimorbilidade	33
5.2 NCSNS na presença de multimorbilidade.....	35
6. Análise comparativa da associação entre as NCSNS e as CSD, estratificada pela variável multimorbilidade	38
IV. Discussão	41
1. Caracterização da amostra (estratificada pela variável MM)	42
2. Prevalência de NCSNS.....	42
3. Prevalência das NCSNS (estratificada pela variável MM)	43
4. Associação entre principais CSD e as NCSNS (estratificada pela variável MM)	43
5. Limitações	49
V. Conclusões	51
VI. Bibliografia.....	53
VII. Anexos	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Prevalência de pessoas a viver com duas ou mais patologias crónicas, por idade, em 2014.

Figura 2: Multimorbilidade na população portuguesa, por grupo etário e sexo.

Figura 3: Modelo comportamental de Andersen da utilização dos serviços de saúde, incluindo as determinantes individuais e de contexto.

Figura 4: Proporção da população com NCSNS devido ao custo, por quintil de rendimento.

Figura 5: Necessidades de cuidados de saúde não satisfeitos na amostra em estudo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Operacionalização dos objetivos do estudo.

Tabela 2: Caracterização da amostra em estudo.

Tabela 3: Caracterização da amostra em estudo, estratificada pela variável multimorbilidade.

Tabela 4: Prevalência das NCSNS, estratificada pela variável multimorbilidade.

Tabela 5: Análise da associação entre as NCSNS e as características sociodemográficas em estudo, na ausência de multimorbilidade.

Tabela 6: Análise da associação entre as NCSNS e as características sociodemográficas em estudo, na presença de multimorbilidade.

Tabela 7: Regressão logística das NCSNS na ausência e presença de multimorbilidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

CSD – Características Socioeconómicas e Demográficas

EHIS - *European Health Interview Survey*

ESS – *European Social Survey*

EU-SILC - *European Union Statistics on Income and Living Conditions*

ISCED - *International Standard Classification of Education*

MM – Multimorbilidade

NCSNS – Necessidades de Cuidados de Saúde não Satisfeitas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OR – *Odds Ratio*

SHARE - *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

INTRODUÇÃO

A Multimorbidade (MM), isto é, a ocorrência de duas ou mais patologias crónicas na mesma pessoa, tem vindo a aumentar em todo o Mundo, na sequência da melhoria das condições de vida e da prestação de cuidados de saúde, bem como dos avanços da ciência e das tecnologias de saúde, que foram responsáveis pelo aumento da esperança média de vida dos cidadãos.(1–4)

As pessoas que vivem com MM têm mais necessidades de saúde, decorrentes da complexidade da gestão das suas doenças crónicas.(5) O facto de os sistemas de saúde estarem desenhados de forma segmentada, por doença/sistema de órgãos, dificulta a jornada de saúde da pessoa com MM, já que encontra cuidados frequentemente fragmentados e sem uma visão holística das suas necessidades.(1,6)

Além disso, existe uma relação entre a MM e o estatuto socioeconómico: as pessoas que apresentam um estatuto socioeconómico mais desfavorável têm mais probabilidade de ter MM.(4,7)

Assim, as pessoas que vivem com múltiplas doenças crónicas apresentam um conjunto de fatores que aumentam o seu risco de enfrentar mais barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde pode ser avaliado através do auto-reporte de Necessidades de Cuidados de Saúde não Satisfeitas (NCSNS), isto é, questionando diretamente à pessoa se houve algum momento em que necessitou de cuidados de saúde, mas não os recebeu.(8) As NCSNS são definidas como a diferença entre os cuidados de saúde que são considerados necessários para resolver um problema de saúde específico e os cuidados de saúde que são efetivamente recebidos.(9,10)

Em Portugal, a prevalência de MM é das mais altas da Europa, sobretudo nos mais velhos: 78,3% das pessoas com 65 ou mais anos vivem com duas ou mais doenças crónicas, em 2015.(3,11) Além disso, é também em Portugal que se verificam os maiores índices de iniquidade no acesso aos cuidados de saúde em desfavor dos mais pobres, sendo a dificuldade financeira a razão mais frequentemente apontada para a ocorrência de NCSNS.(2,8,12)

Apesar de ser hoje consensual que a MM e a equidade em saúde são dois dos maiores desafios que os sistemas de saúde enfrentam, poucos estudos têm explorado se as pessoas com MM enfrentam maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, tendo em conta as suas características socioeconómicas e demográficas (CSD).

Assim, o principal objetivo deste estudo é o de avaliar se as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, em Portugal, afetam de forma distinta as pessoas em função da presença ou ausência de MM.

O desenvolvimento e implementação de novas soluções políticas que pretendam dar uma resposta mais holística às pessoas com MM devem tomar em consideração os resultados obtidos neste trabalho, já que com essas novas soluções ninguém deverá ser deixado para trás!

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 MULTIMORBILIDADE

Globalmente, a esperança média de vida dos cidadãos tem vindo a melhorar significativamente nas últimas décadas, sendo atualmente superior a 75 anos em quase 60 países do Mundo.(4) A melhoria das condições de vida, os avanços na ciência e na medicina e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados são as principais razões que justificam tal melhoria.(1–3)

Com o aumento da longevidade, aumentou também o número de pessoas a viver com patologia crónica, verificando-se que, geralmente, as pessoas a viver com doença crónica experienciam várias doenças em simultâneo e não apenas uma.(1,2,4)

A MM, isto é, a ocorrência de várias patologias em simultâneo no mesmo indivíduo, é mais comum em pessoas mais velhas. Segundo os dados europeus da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (especificamente do relatório “*Health at a Glance*” de 2019), em média, 58% dos adultos com 65 ou mais anos reportam viver com duas ou mais doenças crónicas.(11) Em alguns países esta percentagem pode ir até aos 70%, ou mais, como é o caso de Portugal, onde a prevalência da MM nas pessoas com 65 ou mais anos era de 78,3% em 2015.(3,11)

A figura 1 apresenta a prevalência de pessoas a viver com duas ou mais patologias crónicas, por idade, em 2014, em vários países. Nesta, é possível constatar que Portugal é o terceiro país onde a prevalência de MM é mais elevada. Se considerarmos as pessoas com 65 ou mais anos de idade, Portugal atinge o lugar cimeiro, sendo o país onde existem mais pessoas a viver com MM.(11)

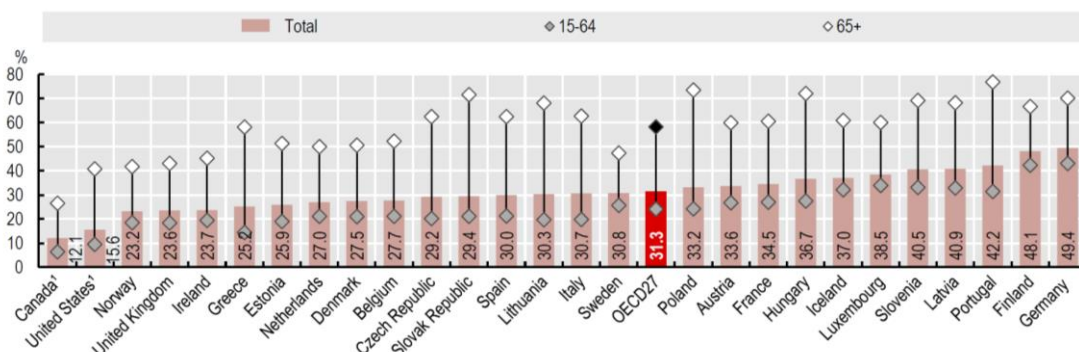


Figura 1: Prevalência de pessoas a viver com duas ou mais patologias crónicas, por idade, em 2014. Os resultados do Canadá e Estados Unidos (*United States*) não são diretamente comparáveis com os dos restantes países, devido a diferenças na definição da variável.

Fonte: Health at a Glance (2019).(11)

A MM tem sido classificada de formas distintas, não existindo, à data, uma definição consensual entre os vários autores. Este facto dificulta a comparação entre os diversos estudos de prevalência, uma vez que existem diferenças no que concerne ao número e ao tipo de doenças consideradas elegíveis para a definição de MM.(13) De um modo geral, a definição de MM mais frequentemente encontrada na literatura é a ocorrência de dois ou mais problemas de saúde crónicos na mesma pessoa, pelo que será esta a classificação adotada no presente trabalho.(1,2)

1.1.1 Desigualdades socioeconómicas na multimorbilidade

Vários determinantes socioeconómicos estão relacionados com a MM. A idade, anteriormente referida, é um deles: a literatura demonstra que normalmente a prevalência de MM aumenta com a idade.(4,11,14)

Além disso, as pessoas que apresentam um estatuto socioeconómico mais desfavorecido têm maior probabilidade de viver com duas ou mais patologias crónicas.(4,7) Um estudo desenvolvido no Reino Unido concluiu que a MM se desenvolve mais cedo nas áreas socioeconomicamente mais desfavorecidas: as pessoas que vivem nestas áreas apresentam MM 10 a 15 anos mais cedo do que as pessoas que vivem nas áreas mais favorecidas.(15)

O sexo é também um determinante para a MM, verificando-se diferenças na ocorrência de MM entre homens e mulheres. Além disso, o tipo de doenças que afetam homens e mulheres são diferentes: sabe-se hoje que as doenças cardiovasculares afetam mais frequentemente os homens e que as doenças psiquiátricas são mais prevalentes nas mulheres, por exemplo.(4)

A figura 2 ilustra a MM na população portuguesa, por grupo etário e sexo. Nesta figura é possível observar que a MM aumenta com a idade e que, entre os 10 e os 90 anos de idade, a prevalência de MM é maior nas mulheres do que nos homens.(16)

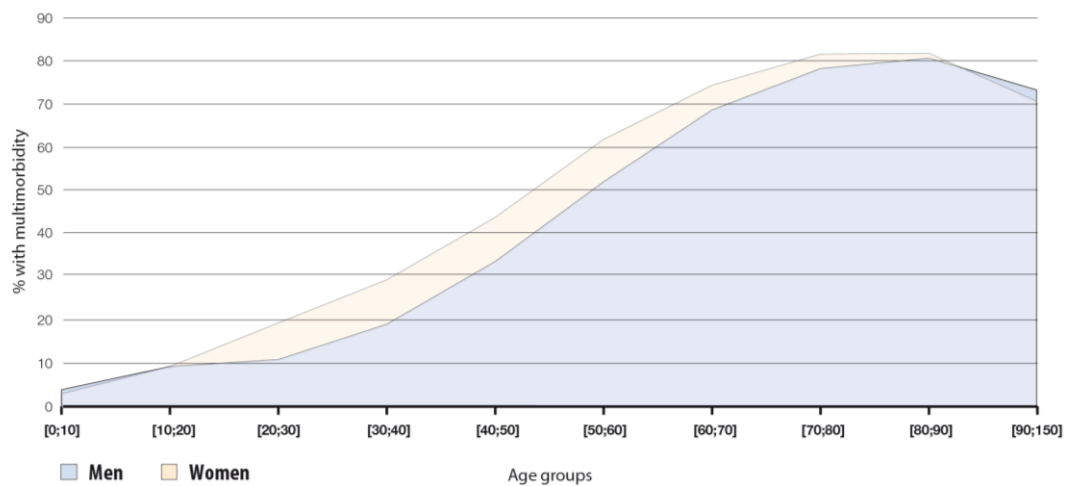


Figura 2: MM na população portuguesa, por grupo etário e sexo. Homens: azul; Mulheres: amarelo.(16)

A MM está ainda associada com o nível de educação, ocupação profissional e rendimento do agregado familiar.(17) Desta forma, as desigualdades na MM podem estar associadas também a desigualdades na longevidade e no bem-estar.(2)

Viver com várias patologias crónicas pode ser desafiante para a pessoa, cuidadores, sistema de saúde e para a sociedade como um todo. A compreensão dos fatores de risco, situação clínica e características socioeconómicas certamente ajudarão no desenho de novas estratégias e políticas para melhorar os cuidados prestados na MM.(3)

1.2 DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades em saúde são definidas pela Organização Mundial da Saúde como “as diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos determinantes da saúde entre diferentes grupos populacionais”.(18) Quando as diferenças encontradas no estado de saúde entre diferentes indivíduos são consideradas injustas, evitáveis ou corrigíveis, estamos perante iniquidade em saúde.(19,20)

Uma das formas mais simples de analisar a iniquidade em saúde é comparar a esperança de vida à nascença em diferentes cenários: uma criança que nasça no Japão ou na Suíça pode esperar viver cerca de 80 anos, mais 50 do que a maioria das pessoas nascidas nos países em desenvolvimento.(20)

É importante clarificar que piores resultados em saúde não estão confinados aos países de baixo rendimento. De facto, mesmo em países considerados desenvolvidos, a saúde e a doença seguem um gradiente social no qual as pessoas que pertencem a estratos socioeconómicos mais desfavorecidos têm pior acesso aos cuidados de saúde, têm mais doenças e/ou morrem mais cedo do que as pessoas pertencentes a estratos socioeconómicos mais favorecidos. (20,21)

Ao longo das últimas décadas, vários estudos têm analisado as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e nos resultados em saúde.(19,20) Um conjunto de determinantes sociais de saúde, nos quais se incluem o nível de educação, rendimento, local de residência, sexo, raça ou idade, entre outros, estão intimamente relacionados com os resultados em saúde de diferentes grupos de pessoas.(19,20)

Segundo dados da OCDE, em quase todos os países da Europa, as pessoas com menor nível de educação têm maior probabilidade de ter comportamentos de risco como consumo excessivo de álcool, excesso de peso ou obesidade e tabagismo, relacionados com piores resultados em saúde. O pior estado de saúde auto-reportado está sistematicamente mais concentrado nas pessoas com menores níveis de educação.(8)

No que se refere ao rendimento, as pessoas com maior rendimento têm mais facilidade em consultar um médico.(8) Por outro lado, as pessoas com rendimentos mais baixos têm, em média, cinco vezes mais probabilidade de ter problemas relacionados com o acesso aos cuidados de saúde, comparativamente com as pessoas mais ricas.(21)

A nível europeu verifica-se ainda a existência de desigualdades na esperança média de vida de acordo com o sexo, nível de educação, rendimento e ocupação.(21)

1.2.1 Desigualdades em saúde, em Portugal

Quanto ao panorama nacional, as desigualdades em saúde permanecem como um dos principais desafios para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), já que Portugal é um dos países da União Europeia com maiores níveis de desigualdades.(8,16)

Atualmente, o Sistema de Saúde Português caracteriza-se pela existência simultânea de três sistemas: o SNS, Subsistemas de Saúde (Públicos e Privados) para determinadas classes profissionais e empresas (ex. funcionários públicos, funcionários de bancos e seguradoras) e Seguros de Saúde Privados Voluntários.(16)

O direito à proteção da saúde e o dever de a promover são dois dos princípios constitucionais que estão na génese do SNS, constituído em 1979.(22)

O SNS foi criado com o objetivo de “assegurar aos cidadãos o direito à proteção da saúde, garantindo um acesso geral, universal e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.” (Serviço Nacional de Saúde).(22)

Desde a criação do SNS até ao presente, Portugal sofreu uma mudança notável, com melhoria significativa das condições sociais e aumento do acesso aos cuidados de saúde.(23,24)

Apesar de existir um forte compromisso legal e político para os direitos sociais, o impacto dos determinantes sociais não é negligenciável.(8,16)

Em Portugal, as desigualdades em saúde são essencialmente determinadas pela geografia, rendimento e literacia em saúde:

- As pessoas que vivem no interior do país tem mais dificuldade no acesso aos serviços de saúde, devido à centralização, sobretudo dos serviços mais especializados;
- Quanto ao rendimento, as pessoas com menor rendimento enfrentam maiores desafios no pagamento de medicamentos ou no acesso a cuidados de saúde não englobados no SNS, como é o caso da saúde oral;
- Por fim, no que se refere à literacia em saúde, o acesso à internet e, consequentemente, a informação relacionada com a saúde disponível *online* é mais difícil para pessoas mais velhas e para pessoas com menor nível de educação.(16)

1.3 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A decisão de um indivíduo em recorrer aos serviços de saúde é influenciada por um conjunto de fatores físicos, psicológicos e sociais que medeiam o surgimento de uma necessidade de saúde e a utilização efetiva dos serviços de saúde.(25,26)

Desta forma, a utilização dos serviços de saúde reflete não apenas a morbidade numa comunidade, mas também a disponibilidade de serviços de saúde e a propensão dos indivíduos para os utilizarem.(25)

Existem vários modelos teóricos sobre a utilização dos serviços de saúde: os primeiros surgiram nas décadas de 50 e 60, nomeadamente o modelo das crenças em saúde (*health belief model*) e o modelo comportamental de Andersen. Posteriormente, outros modelos foram desenvolvidos para explicar a utilização dos serviços de saúde, dos quais se destacam o modelo de Dutton (1986) e o modelo de Evans e Sttodart (1994).(27)

Dos modelos acima referidos, o modelo comportamental de Andersen tem sido o mais amplamente utilizado. Este modelo surgiu na década de 1960, com o principal propósito de apoiar a compreensão das razões que levam as famílias a utilizar os serviços de saúde, afim de definir e medir o acesso aos cuidados de saúde e auxiliar no desenvolvimento de políticas que promovam o acesso equitativo aos serviços de saúde.(28)

De acordo com Andersen, o acesso aos cuidados de saúde pode ser influenciado por **determinantes individuais**, que dependem das perceções e decisões dos indivíduos, e **determinantes de contexto**, que dizem respeito aos fatores relacionados com a organização e a prestação dos serviços de saúde e com as caraterísticas da comunidade onde os indivíduos se inserem.(29)

O modelo comportamental de Andersen evoluiu ao longo do tempo, tendo sido desenvolvidas 5 fases deste modelo, até aos anos 2000.(28)

Atualmente o modelo contempla as seguintes categorias:

>> Fatores de predisposição

Os fatores de predisposição individuais incluem características demográficas como idade ou sexo, fatores sociais como a educação, ocupação, etnia e relações sociais, e fatores mentais relacionados com as crenças em saúde (ex. atitudes, valores e conhecimento relacionado com a saúde e os serviços de saúde).(30)

Os fatores de contexto que predisõem os indivíduos ao uso de serviços de saúde incluem a composição demográfica e social das comunidades, os valores coletivos e organizacionais, a norma cultural e o enquadramento político.(30)

>> Fatores de capacitação (disponibilidade para pagar)

Os fatores de capacitação individual incluem o rendimento e a disponibilidade do indivíduo para pagar os serviços de saúde cujo preço é determinado pelo co-pagamento (caso exista) ou pelo seguro de saúde que tenha. Os fatores de capacitação incluem ainda o transporte para os locais onde se prestam serviços de saúde, o tempo de viagem e o tempo de espera pelo cuidado de saúde.(30)

Ao nível do contexto, é relevante considerar o rendimento *per capita* da comunidade, aflúências, taxas de cobertura das seguradoras, o preço relativo de bens e serviços, métodos de pagamento aos prestadores e despesas com os cuidados de saúde. Inclui ainda a densidade de médicos e de hospitais, horas de trabalho, programas de educação em saúde, etc. As políticas de saúde também se encaixam nesta categoria.(30)

>> Fatores de necessidade

Ao nível individual devem distinguir-se as necessidades de cuidados de saúde percebidas pelos indivíduos (isto é, como as pessoas percebem e experienciam a sua própria saúde, estado funcional e sintomas de doença) das necessidades avaliadas pelos profissionais de saúde (isto é, diagnóstico profissional e avaliação objetiva do estado de saúde e necessidades dos cidadãos).(30)

Ao nível do contexto, é efetuada uma distinção entre as características de necessidade da comunidade e os índices da saúde da população. As necessidades do contexto refletem as condições relacionadas com a saúde na comunidade (ex. taxas de mortalidade, lesões relacionadas com crime, ocupação ou tráfico). Os índices de saúde para a população são medidas gerais da saúde da comunidade, e incluem indicadores epidemiológicos de mortalidade, morbilidade e incapacidade.(30)

A figura 3 esquematiza o quadro conceptual inerente ao modelo comportamental de Andersen.(28)

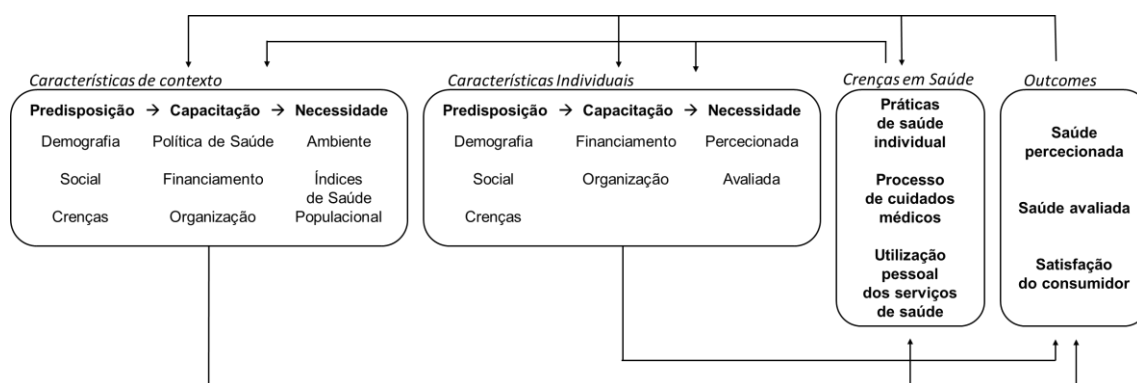


Figura 3: Modelo comportamental de Andersen da utilização dos serviços de saúde, incluindo os determinantes individuais e de contexto.(28)

Apesar de enfatizar o papel dos fatores de contexto, o foco principal do modelo comportamental de Andersen é o comportamento em saúde dos indivíduos (especialmente no que concerne à sua utilização dos cuidados de saúde) e dos resultados obtidos em indicadores de saúde, satisfação com os serviços e qualidade de vida.(29)

Neste modelo comportamental é ainda enfatizada a relação entre a utilização dos cuidados de saúde e a equidade no acesso: segundo Andersen, o acesso não é equitativo quando os fatores de predisposição relacionados com a estrutura social (educação e etnia) e os fatores de capacitação (seguro de saúde, rendimento) determinam quem recebe os cuidados de saúde.(28)

Por outro lado, o acesso é considerado equitativo sempre que os fatores de predisposição demográfica (sexo e idade) e de necessidade são responsáveis pela maioria da variação na utilização.(28)

Este modelo esclarece que a utilização que os cidadãos fazem dos serviços de saúde é uma função da sua predisposição para utilizar esses serviços, dos fatores que favorecem ou desfavorecem o uso e da necessidade de cuidados de saúde.(28)

1.4 ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA MULTIMORBILIDADE

As pessoas que vivem com duas ou mais doenças crónicas podem encontrar um conjunto de desafios no acesso aos cuidados de saúde, porque têm mais probabilidade de ver multiplicadas as várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde (ex. indisponibilidade de serviços, prestação insatisfatória dos serviços, dificuldades logísticas na conciliação de várias consultas, indisponibilidade para pagar os múltiplos cuidados de que necessitam, etc.).(31)

Apesar de reportarem frequentemente maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, a evidência demonstra que as pessoas com MM recorrem mais aos cuidados de saúde e que, à medida que o número de doenças crónicas aumenta, maior é a utilização dos serviços de saúde, representando maiores custos para as pessoas com MM em particular e para os sistemas de saúde como um todo.(7,17)

Um estudo recentemente realizado por Palladino e colegas, no qual se analisou o impacto da MM na utilização dos cuidados de saúde em vários países da Europa, concluiu que o aumento do número de doenças crónicas está associado a maior utilização dos cuidados de saúde, tanto nos cuidados de saúde primários como secundários.(17)

Em Portugal, um estudo desenvolvido por Romana e colegas corrobora o estudo anterior: à semelhança do que acontece na Europa, em Portugal existe uma associação entre a MM e a utilização dos serviços de saúde. As pessoas com MM reportaram ter efetivado mais consultas nos cuidados de saúde primários e hospitalares do que as pessoas que não têm doenças crónicas. Neste estudo, mesmo quando se efetuou o ajuste das variáveis socioeconómicas, a probabilidade de as pessoas com MM recorrerem aos cuidados de saúde permaneceu mais elevada: cerca de 3,5 vezes maior do que nas pessoas sem doenças crónicas. Esta maior utilização dos cuidados de saúde na MM pode ser explicada pela maior complexidade e maior número de necessidades na presença de múltiplas doenças crónicas.(5)

No entanto, apesar desta utilização superior, vários estudos nacionais e europeus indicam que o aumento do número de doenças crónicas também está associado a piores resultados em saúde, pior qualidade de vida, pior estado de saúde auto-reportado e menor capacidade funcional.(2,6,17) Este cenário, aparentemente paradoxal, está possivelmente relacionado com a forma como os serviços de saúde se encontram estruturados, que não satisfaz as verdadeiras necessidades das pessoas a vivem com várias doenças crónicas.

Em muitos países europeus têm sido implementados programas de gestão da doença crónica específicos para determinadas doenças como a Diabetes *mellitus* ou a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que fornecem informação baseada na evidência de elevado valor clínico e científico. No entanto, por serem abordagem específicas de determinada patologia, estes programas não respondem com efetividade às necessidades das pessoas com várias doenças crónicas, resultando frequentemente em falhas ou sobreposições nos cuidados prestados.(1,6) Além destes programas, os próprios sistemas de saúde europeus estão organizados por especialidade médicas focando sistemas de órgãos específicos, com risco de se perder a visão holística da pessoa com MM, que experiencia cuidados fragmentados nos quais a comunicação e articulação nem sempre é realizada de forma eficaz.(1,6,16,32)

Existem muito poucas *guidelines* práticas disponíveis para os profissionais de saúde que considerem a MM, e por isso a gestão das múltiplas patologias e suporte nos processos de decisão na MM fica dificultado.(33)

Acresce que, nos países desenvolvidos, os gastos de saúde em pessoas com MM são elevados, colocando este tema no centro das iniciativas para melhorar a *performance* dos sistemas de saúde.(32)

1.5 NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

Para estudar a equidade de um sistema de saúde, vários indicadores podem ser utilizados, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde. A acessibilidade aos cuidados de saúde é um dos objetivos fundamentais de qualquer sistema que pretende ser equitativo.(8)

A avaliação das NCSNS é uma forma de avaliar e monitorizar tal acesso, bem como de estimar a iniquidade no acesso e utilização dos serviços de saúde. Geralmente este indicador é recolhido questionando diretamente aos indivíduos se existiu algum momento no qual necessitaram de cuidados de saúde e não os receberam.(34)

As NCSNS são definidas como a diferença entre os cuidados de saúde que são considerados necessários para resolver um problema de saúde específico e os cuidados de saúde que são efetivamente recebidos.(9,10)

Considerando que os recursos são escassos, a existência de NCSNS em algum grau pode ser aceitável, deixando de o ser quando aparecem sistematicamente relacionadas com determinadas características socioeconómicas ou pessoais.(26)

O conceito de NCSNS é complexo e multidimensional, podendo ser dividido em vários tipos, dos quais se destacam: (26)

1. **NCSNS não percecionadas:** quando o indivíduo não está consciente dessa necessidade não satisfeita;
2. **NCSNS subjetivas e escolhidas:** quando o indivíduo perceciona a necessidade, mas opta por não recorrer os serviços de saúde;
3. **NCSNS subjetivas e não escolhidas:** quando o indivíduo perceciona a necessidade, mas não recebe os cuidados de saúde de que necessita devido a barreiras no acesso;
4. **NCSNS subjetivas e validada por um clínico:** quando o indivíduo perceciona a necessidade, mas não recebe os cuidados de saúde que um clínico considera necessários (ex. quando uma situação que pode ser tratada nos cuidados de saúde primários é tratada no serviço de urgência, em vez de ser tratada no ambulatório);
5. **Expectativa não satisfeita subjetiva:** quando o indivíduo perceciona uma necessidade e recorre aos cuidados de saúde, mas não recebe um tratamento que considera adequado.(26)

Medir as NCSNS apresenta um conjunto de desafios metodológicos, já que a sua avaliação completa e detalhada requer, por um lado, a compreensão da natureza das necessidades específicas da pessoa, baseada no seu estado de saúde, doença e

preferências e, por outro, a avaliação da satisfação dessas necessidades, de acordo com padrões clínicos e considerando as opções efetivamente disponíveis para os utentes. Ora, do ponto de vista prático, executar tal avaliação provavelmente não conduziria a uma medida efetiva de acesso aos cuidados de saúde ao nível populacional num sistema de saúde, já que a visão seria sectorizada por doença. Assim, perguntar diretamente ao cidadão se as suas necessidades em saúde estão satisfeitas é um método pragmático (e o mais utilizado) de detetar barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Recentemente, a Comissão Europeia reafirmou a importância deste indicador, considerando o auto-reporte de NCSNS como o indicador *standard* para medir os resultados no âmbito da acessibilidade aos cuidados de saúde.(8)

Por se tratar de um indicador auto-reportado pelo próprio indivíduo, as NCSNS têm grande utilidade para avaliar o acesso aos cuidados de saúde, por considerarem a perceção dos seus utilizadores. Geralmente, na recolha deste indicador, a pessoa identifica também o tipo de barreira ao acesso experienciado.(8,26)

Interessa verificar que, de um modo geral, os padrões de utilização dos serviços de saúde são consistentes com a perceção das pessoas acerca das suas necessidades. As pessoas que declaram não ter necessidades de saúde têm muito menos consultas médicas face às pessoas que declaram ter necessidades de saúde. Nas pessoas que declaram ter necessidades de saúde, aquelas que reportam não ter dificuldade no acesso têm, de facto, mais consultas efetivadas face às pessoas que referem ter dificuldades de acesso.(8)

Assim, as NCSNS refletem como a utilização dos serviços de saúde é uma função da necessidade de cuidados de saúde e de uma série de outros fatores, incluindo características individuais e do próprio sistema de saúde.(35)

O acesso aos cuidados de saúde pode ser condicionado por diversos fatores relacionados com o próprio sistema de saúde (ex. disponibilidade de serviços, acessibilidade a cuidados de saúde eficientes, com qualidade e com segurança) e fatores que representam as preferências individuais dos cidadãos (ex. CSD, experiências prévias na utilização dos cuidados de saúde, perceção dos benefícios e nível de literacia).(10,35)

Em 2014, segundo dados do *European Health Interview Survey* (EHIS), mais de um quarto da população europeia adulta que necessitou de cuidados de saúde reportou ter NCSNS devido a barreiras financeiras, questões relacionadas distância ou transporte e/ou listas de espera.(12) Esta proporção variou entre 10% para a Noruega e cerca de 40% para países como a Estónia, Islândia, Letónia e Irlanda. Em Portugal, estima-se

que a prevalência de NCSNS em pessoas adultas seja de 39,8%.(8,11)

A razão mais frequentemente reportada para a ocorrência de NCSNS, em Portugal, é a dificuldade financeira (i.e. “ser muito caro”).(2,12) Aliás, Portugal é um dos países da UE onde a concentração de NCSNS por razões financeiras é mais elevada nas pessoas com menor rendimento (figura 4) e onde se encontram as maiores desigualdades relacionadas com o rendimento para as NCSNS, desfavorecendo os mais pobres.(8)

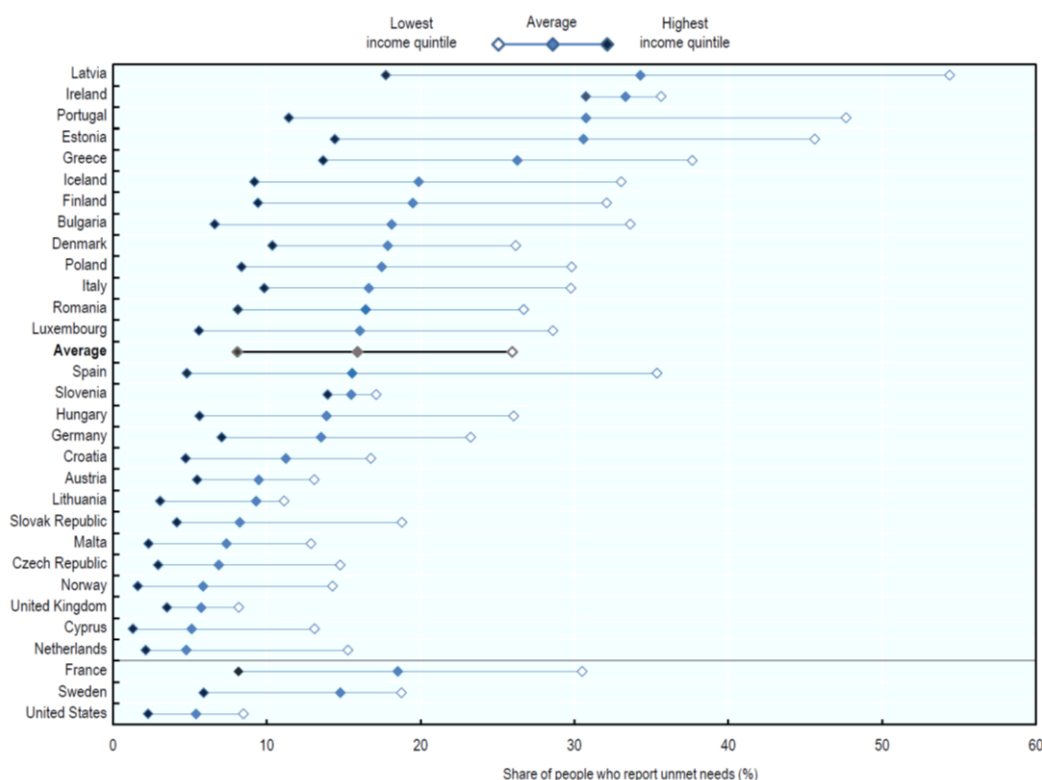


Figura 4: Proporção da população com NCSNS devido ao custo, por quintil de rendimento.

Fonte: Estimativas da OCDE baseadas em dados nacionais.(8)

Para enquadrar as desigualdades relacionadas com o rendimento identificadas na figura 4, importa ter presente que, em Portugal, os pagamentos *out-of-pocket*, isto é, as despesas em saúde que não se encontram cobertas pelo SNS nem pelas seguradoras de saúde, e que são pagas diretamente pelas pessoas, têm aumentado ao longo dos últimos anos.(16,36) Os pagamentos *out-of-pocket* afetam particularmente as pessoas com menor rendimento e aquelas que estão sujeitas a tratamentos crónicos, por exemplo, medicação para doenças crónicas.(11)

1.5.1 Determinantes sociais das NCSNS

A associação de determinadas CSD com a presença de NCSNS têm vindo a ser cada vez mais estudada como forma de medir a equidade no acesso aos cuidados de saúde.(37)

Estudos realizados em diferentes grupos populacionais têm demonstrado que as pessoas pertencentes a estratos socioeconómicos mais desfavorecidos têm mais probabilidade de apresentar NCSNS: pessoas do sexo feminino, com menor rendimento, pior estado de saúde auto-reportado e que não têm seguro de saúde privado.(35,38–40)

Um estudo realizado na Europa, publicado em 2017, no qual se analisou quais os fatores associados com as NCSNS, concluiu que as pessoas do sexo feminino, mais jovens e com piores rendimentos apresentaram maior probabilidade de reportar NCSNS. A baixa densidade de médicos e o aumento dos pagamentos diretos (*out-of-pocket*) foram associados com as NCSNS.(37)

Na evidência disponível, o rendimento revela ser um importante determinante de NCSNS. Em quase todos os países da Europa verifica-se a existência de um gradiente social nas NCSNS: as pessoas com rendimentos mais baixos enfrentam mais barreiras no acesso aos cuidados de saúde do que as pessoas com rendimentos mais elevados, independentemente da razão pela qual reportam a dificuldade no acesso (tempo de espera, custo ou distância).(8)

Em Portugal, um trabalho realizado por Martins, recorrendo aos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, concluiu que ser mulher, divorciado, desempregado, ter uma doença crónica, ter uma limitação das atividades de vida diárias, um nível de escolaridade completo inferior ou ter um rendimento mais baixo são fatores de risco para ter uma NCSNS.(41)

1.6 NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS NA MULTIMORBILIDADE

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de avaliar as NCSNS nas pessoas com doença crónica. Grande parte da evidência existente considera na sua análise apenas uma doença crónica, ou um conjunto de doenças crónicas (ex. Doenças Respiratórias Crónicas, Cancro, etc.) e não a MM como variável de interesse.

Por exemplo, um estudo realizado na Polónia, publicado em 2015, conclui que um extenso conjunto de CSD estão associadas com as NCSNS nas pessoas com patologia respiratória crónica, designadamente o género, idade, estado civil, local de residência, número de doenças crónicas, sintomas somáticos, nível de aceitação da doença, qualidade de vida e comportamentos em saúde.(42) As NCSNS foram avaliadas com base num questionário destinado a pessoas com doença crónica somática (*Modified Short Camberwell Needs Assessment*).(42)

Neste estudo, as pessoas mais velhas, do sexo masculino, que vivem sozinhas em zonas rurais e que tem múltiplos sintomas somáticos foram as que apresentaram maior probabilidade de ter NCSNS.(42)

Em Itália, Bonacchi e colegas concluíram que as pessoas com diagnóstico de cancro com menores níveis de educação, maiores níveis de sofrimento psicológico e menor resiliência apresentaram maior probabilidade de ter NCSNS. Neste estudo as NCSNS foram avaliadas tendo em conta dimensões como informação, assistência, suporte psicoemocional, entre outros (*Needs Evaluation Questionnaire*).(39)

Uma forma distinta de avaliar as NCSNS foi realizada por Garcia-Gomez e colegas, que, em vez de focarem uma patologia para análise, focaram a unidade prestadora de cuidados de saúde: estudaram a equidade no acesso aos cuidados de saúde de longa duração, mediante a avaliação das NCSNS. Este estudo concluiu que não existe uma distribuição equitativa na utilização nem nas NCSNS nos cuidados de saúde de longa duração em Espanha, estando os cuidados de saúde formais mais concentrados nas pessoas com CSD mais favoráveis, e os cuidados informais mais concentrados nas pessoas menos favorecidas do ponto de vista socioeconómico.(40)

Nos três estudos acima referidos, as NCSNS foram avaliadas com ferramentas próprias, específicas das patologias em análise ou das características específicas do estudo, o que dificulta a comparabilidade entre eles.

Existe muito pouca evidência que relacione as NCSNS e a MM, no sentido de compreender se as pessoas com vivem com várias patologias estão protegidas pelos

sistemas de saúde, isto é, se o acesso aos cuidados de saúde de que necessitam está assegurado, independentemente do número de doenças que tenham.

Em Portugal, Filipe Prazeres e colegas conduziram o primeiro estudo nacional que pretendeu determinar o impacto da MM na qualidade de vida relacionada com a saúde. Um dos objetivos do seu estudo foi o de caracterizar as necessidades de saúde não satisfeitas em adultos com MM.(2)

Este estudo multicêntrico transversal foi conduzido nos cuidados de saúde primários entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Os resultados demonstraram que um terço das pessoas da amostra (constituída por 521 pessoas) reportou ter, pelo menos, uma NCSNS. A razão mais frequentemente reportada para apresentar NCSNS foi a dificuldade financeira.(2)

As NCSNS foram mais frequentes nas pessoas do sexo feminino, mais jovens e com nível de educação e rendimento mais baixos. Para este último, as pessoas com menor rendimento tiveram 3,3 vezes mais probabilidade de reportar NCSNS.(2)

Encontra-se assim identificada a necessidade de aumentar a evidência sobre o acesso aos cuidados de saúde na MM.

Por um lado, a MM apresenta uma elevada prevalência, representado elevados custos para os sistemas de saúde como um todo, e piores resultados em saúde para as pessoas que vivem com várias doenças crónicas.(2,3,11)

Por outro lado, existe uma franca escassez de evidência sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde na MM. Sabendo que pessoas com MM têm mais probabilidade de ter mais necessidades em saúde, dada a complexidade e desafios na gestão de várias doenças crónicas, e que, geralmente, pertencem a estratos socioeconómicos mais desfavorecidos do que as pessoas que vivem sem várias doenças crónicas,(2) é fundamental compreender se as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde afetam estes grupos de forma distinta.

Com esse conhecimento será possível auxiliar na construção de políticas de combate à iniquidade no acesso aos serviços de saúde, a fim de reduzir ou eliminar as iniquidades.

2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OJETIVOS

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

- Será que a relação entre os determinantes socioeconómicos e demográficos e as NCSNS é diferente nas pessoas com MM face às que não apresentam MM, na população residente em Portugal e com 50 ou mais anos de idade, em 2015?

2.2. OBJETIVOS GERAIS:

- 1) Analisar as principais CSD da população portuguesa com 50 ou mais anos, na presença e na ausência de MM, em 2015
- 2) Estimar e comparar a prevalência de NCSNS, na presença e na ausência de MM, em pessoas com 50 ou mais anos, em Portugal, em 2015
- 3) Estudar a associação entre os principais determinantes socioeconómicos e demográficos e as NCSNS, na presença e na ausência de MM, em pessoas com 50 ou mais anos, em Portugal, em 2015

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Caracterizar a população portuguesa, com e sem MM, com 50 ou mais anos, considerando a idade, sexo, estado civil, educação, ocupação, rendimento, seguro de saúde e/ou subsistema e estado de saúde auto-reportado, em 2015
- 2) Estimar a prevalência de NCSNS em pessoas com e sem MM, com 50 ou mais anos de idade, em Portugal, em 2015
- 3) Comparar a prevalência das NCSNS na ausência e na presença de MM, em pessoas com 50 ou mais anos, em Portugal, em 2015
- 4) Estudar a associação entre as NCSNS e a idade, sexo, estado civil, educação, ocupação, rendimento, seguro de saúde e/ou subsistema e estado de saúde auto-reportado, nas pessoas com e sem MM, com 50 ou mais anos de idade, em Portugal, em 2015

II. MATERIAL E MÉTODOS

1. SURVEY ON HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE – SHARE

O *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) é uma base de dados multidisciplinar e transnacional com dados sobre saúde, perfil socioeconómico e redes sociais e familiares de cerca de 140 000 pessoas com 50 ou mais anos de idade.

Os dados são recolhidos através da realização de entrevistas a pessoas com 50 ou mais anos e respetivo agregado familiar. A recolha desta informação teve início em 2004, em vários países da Europa. A cada dois anos, as mesmas pessoas são entrevistadas, de forma a avaliar a sua evolução ao longo do tempo. Além disso, uma vez que os questionários realizados nos diversos países se encontram harmonizados, é possível efetuar comparações entre os diversos países.

Atualmente, as entrevistas do SHARE são realizadas em 27 países da Europa e em Israel, existindo, à data, 7 vagas de informação recolhida entre 2004 e 2017.

Em Portugal, a primeira recolha de informação para o SHARE realizou-se em 2011 (vaga 4), tendo sido realizadas posteriormente entrevistas em 2015 (vaga 6) e 2017 (vaga 7).(43,44) A base de amostragem é o registo de indivíduos nascidos até 1960, inclusive, utentes do SNS, para obtenção de uma amostra probabilística, representativa da população residente em unidades de alojamento em Portugal, com 50 ou mais anos de idade.(45,46)

2. DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal, descritivo com componente analítica.

3. POPULAÇÃO-ALVO

População residente em Portugal, com 50 ou mais anos de idade.

4. AMOSTRA DE ESTUDO

Para dar resposta à questão de investigação foram utilizados os dados da vaga 6 (2015) do SHARE, referentes à população portuguesa com 50 ou mais anos de idade.(47)

Esta base de dados é constituída por 1676 indivíduos de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos. Neste conjunto, estão incluídas pessoas com idade inferior a 50 anos, uma vez que o questionário foi aplicado a todos os elementos dos agregados familiares das pessoas selecionadas. Assim, por uma questão de consistência, optou-se por excluir os casos em que os indivíduos apresentaram idade inferior a 50 anos (n=5) e os que não responderam às questões relacionadas com as NCSNS (n=10).

Assim, a amostra em estudo foi constituída por 1661 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos e que responderam às questões referentes às NCSNS.

5. VARIÁVEIS

Variável Dependente: Necessidade de Cuidados de Saúde Não Satisfeita

Assumimos que estamos perante uma necessidade de cuidados de saúde não satisfeita (NCSNS) sempre que a pessoa respondeu “sim” a, pelo menos, uma das seguintes questões:

“Houve algum momento, nos últimos 12 meses, em que precisou de consultar um médico, mas não pôde porque era demasiado caro?” (hipóteses de resposta: Sim/Não)

“Houve algum momento, nos últimos 12 meses, em que precisou de consultar um médico, mas não pôde porque teria de esperar demasiado tempo?” (hipóteses de resposta: Sim/Não)

NOTA: Nestas questões foram incluídas a necessidade de consultas médicas ou de enfermagem especializadas, consultas de emergência ou consultas externas.

Variável de Interesse: Multimorbilidade

Para o presente trabalho foi assumida como definição de caso de MM a classificação dicotómica “ausência de MM” vs “presença de MM”. Para tal, recorreu-se à questão referente aos problemas de saúde do SHARE, que se apresenta de seguida:

“[Alguma vez o médico lhe disse que tinha /Actualmente tem] algum dos problemas de saúde referidos neste cartão? [/Com isto queremos dizer que um médico lhe disse que tem este problema de saúde e que actualmente está a ser tratado ou sofre as consequências deste problema.] Indique, por favor, o número ou números desses problemas de saúde.

- 1. Um ataque de coração, incluindo enfarte do miocárdio ou trombose coronária, ou qualquer outro problema cardíaco, incluindo insuficiência cardíaca congestiva*
- 2. Tensão arterial elevada ou hipertensão*
- 3. Nível elevado de colesterol no sangue*
- 4. Uma trombose ou um acidente vascular cerebral (AVC)*
- 5. Diabetes ou nível elevado de açúcar no sangue*
- 6. Doença pulmonar crónica, tal como bronquite crónica ou enfisema pulmonar*
- 7. Cancro ou tumor maligno, incluindo leucemia ou linfoma, mas excluindo cancros de pele de reduzida gravidade*
- 8. Úlcera gástrica, duodenal ou péptica*
- 9. Doença de Parkinson*
- 10. Cataratas*
- 11. Fractura da bacia ou do fémur*
- 12. Outras fracturas*
- 13. Doença de Alzheimer, demência, síndrome cerebral orgânica, senilidade ou qualquer outra perturbação grave da memória*
- 14. Outros transtornos afetivos ou emocionais, incluindo ansiedade, nervosismo ou problemas psiquiátricos*
- 15. Artrite reumatóide*
- 16. Osteoartrite ou outro reumatismo*
- 17. Doença renal crónica*
- 18. Nenhum”*

Considerou-se que se estava na ausência de MM sempre que a pessoa apresentou uma ou nenhuma doença, e que se estava na presença de MM sempre que a pessoa apresentou duas ou mais doenças, de acordo com a classificação mais frequentemente realizada na literatura consultada.(1,2)

Variáveis Independentes

Considerando os modelos comportamentais de utilização dos serviços de saúde apresentados na introdução deste trabalho, bem como os indicadores mais estudados na bibliografia de base para este estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes:(28–30)

- 1- **Idade:** dividida em decénio a partir dos 50 anos (50-59, 60-69, 70-79, 80 ou mais anos de idade);
- 2- **Sexo:** feminino e masculino;
- 3- **Estado Civil:** dividido em duas classes (“vive acompanhado” - casado ou em união de facto e “vive sozinho” - solteiro, divorciado, viúvo ou casado a viver separado do conjugue);
- 4- **Educação:** dividida em cinco classes para a análise descritiva (sem escolaridade, 1º ou 2º ciclo do ensino básico, 3º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior) e em duas classes para as análises de associação (sem escolaridade ou ensino básico e ensino secundário ou superior);
- 5- **Ocupação:** dividida em quatro classes (reformado, empregado, desempregado e outra);
- 6- **Rendimento:** quintis de rendimento calculados com base na escala da raiz quadrada (*square root scale*) utilizada pela OCDE (48,49), que consiste na divisão do rendimento do agregado familiar pela raiz quadrada do número de pessoas do agregado familiar:(50)
 - a. **1º Quintil:** 0,00€ - 398,37€
 - b. **2º Quintil:** 398,37€ - 565,69€
 - c. **3º Quintil:** 565,69€ - 750,00€
 - d. **4º Quintil:** 750,00€ - 1202,08€
 - e. **5º Quintil:** 1202,08€ - 70710,69€
- 7- **Seguro de saúde e/ou subsistema:** ter seguro de saúde e/ou subsistema de saúde
- 8- **Estado de saúde auto-reportado:** estado de saúde reportado pelo respondente, dividido em três classes (“excelente ou muito bom”, “bom” e “razoável ou mau”)

Estas variáveis foram utilizadas para operacionalizar os objetivos do estudo de acordo com o descrito na tabela 1.

Nota: Algumas variáveis foram recodificadas, agrupadas ou criadas quando necessário, de modo a facilitar a análise estatística. A informação das variáveis independentes encontra-se detalhadamente descrita no anexo I.

Objetivo geral	Objetivo específico	Variáveis	Metodologia
Analisar as principais CSD da população portuguesa com 50 ou mais anos, na presença e na ausência de MM, em 2015	Caracterizar a população portuguesa com e sem MM, com 50 ou mais anos de idade, considerando a idade, sexo, estado civil, educação, ocupação, rendimento, seguro de saúde e/ou subsistema e estado de saúde auto-reportado, em 2015	<ul style="list-style-type: none"> - MM, - Idade, - Sexo, - Estado civil, - Educação, - Ocupação, - Rendimento, - Seguro de saúde e/ou subsistema, - Estado de saúde auto-reportado. 	- Estatística descritiva
Estimar e comparar a prevalência de NCSNS, na presença e na ausência de MM, em pessoas com 50 ou mais anos, em Portugal, em 2015	Estimar a prevalência de NCSNS em pessoas com e sem MM, com 50 ou mais anos de idade, em Portugal, em 2015	<ul style="list-style-type: none"> - NCSNS, - MM. 	- Estatística descritiva
	Comparar a prevalência das NCSNS na ausência e na presença de MM, em pessoas com 50 ou mais anos, em Portugal, em 2015	<ul style="list-style-type: none"> - NCSNS, - MM. 	- Teste qui-quadrado de Pearson
Estudar a associação entre os principais determinantes socioeconómicos e demográficos e as NCSNS, na presença e na ausência de MM, em pessoas com 50 ou mais anos, em Portugal, em 2015	Estudar a associação entre as NCSNS e a idade, sexo, estado civil, educação, ocupação, rendimento, seguro de saúde e/ou subsistema e estado de saúde auto-reportado, nas pessoas com e sem MM, com 50 ou mais anos de idade, em Portugal, em 2015	<ul style="list-style-type: none"> - NCSNS, - MM, - Idade, - Sexo, - Estado civil, - Educação, - Ocupação, - Rendimento, - Seguro de saúde e/ou subsistema, - Estado de saúde auto-reportado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teste qui-quadrado de Pearson - Regressão Logística (recorrendo às variáveis independentes: sexo, educação, rendimento e seguro de saúde e/ou subsistema)

Tabela 1: Operacionalização dos objetivos do estudo.

6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento e análise estatística foram desenvolvidos com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statistics 24*.

Após seleção dos dados da população portuguesa, com 50 ou mais anos de idade e que respondeu às questões relacionadas com a variável dependente em estudo (NCSNS), procedeu-se à caracterização da amostra, atendendo às características sociodemográficas.

Para estudar as NCSNS, efetuou-se o cálculo da sua prevalência para a amostra total.

De seguida, efetuou-se a estratificação da amostra em 2 grupos, utilizando a variável de interesse MM (ausência de MM vs. presença de MM). Todas as análises efetuadas de seguida foram realizadas segregando os resultados para cada um dos grupos.

Com a amostra estratificada, procedeu-se à caracterização de cada um dos grupos (ausência de MM vs. presença de MM), atendendo às características sociodemográficas, e foi efetuado o cálculo da prevalência das NCSNS em ambos os grupos.

Além disso, efetuou-se o teste de qui-quadrado de Pearson para apurar se as diferenças detetadas na prevalência das NCSNS eram estatisticamente significativas.

Para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, efetuou-se a análise do qui-quadrado de Pearson.

Partindo das variáveis independentes cuja relação com a variável dependente foi considerada estatisticamente significativa (pela análise do qui-quadrado de Pearson), isto é, sexo, educação, seguro ou subsistema de saúde e rendimento, foi efetuada a avaliação dos Odds Ratio (OR) bruto, através da aplicação de Regressão Logística.

De seguida foram obtidos os OR ajustados através da aplicação da Regressão Logística Multivariada com o método Forward: LR – Likelihood Ratio. Neste modelo, uma vez que a ocorrência de NCSNS era muito inferior à sua não ocorrência, foi necessário efetuar o ajuste na seleção do ponto de “corte de classificação” da Regressão Logística para 0,2, a fim de se obter um modelo com sensibilidade e especificidade satisfatórios.⁽⁵¹⁾ Caso não se tivesse efetuado este ajuste, o modelo consideraria todos os casos como ausência de NCSNS, pelo que se considerou que nessas condições a sua utilização não seria adequada.

Para todas as associações estudadas, foi considerado um nível de significância de 5% para admitir uma associação estatisticamente significativa. Os intervalos de confiança foram calculados a 95%.

7. ASPETOS ÉTICOS

Os procedimentos de recolha de dados do SHARE estão sujeitos a revisão ética contínua. As atividades do SHARE são pautadas pelos princípios internacionais de ética em pesquisa, como o Código de Respeito das Boas Práticas de Investigação Socioeconómica e a Declaração de Helsínquia.⁽⁵²⁾

Para utilizar os dados do SHARE, declarei cumprir as condições de utilização destes dados (anexo 2). Como utilizadora dos dados do SHARE declaro que estou familiarizada com os princípios de ética acima referidos e que os tomei em consideração ao longo deste trabalho de investigação. Os dados encontravam-se anonimizados, garantindo-se a respetiva confidencialidade.

Nego qualquer conflito de interesses.

III. RESULTADOS

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra em análise, que se encontra caracterizado na tabela 2, foi constituído por 1661 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 50 anos e que responderam às questões referentes às NCSNS.

Nesta amostra, os indivíduos são maioritariamente do sexo feminino (55,0%, n=914). Sobre o nível de educação, cerca de dois terços dos indivíduos completaram o 1º ou 2º ciclo do ensino básico (63,4%, n=1028), verificando-se pouca variação entre os restantes níveis de escolaridade (10,5% dos inquiridos completaram o 3º ciclo do ensino básico, 10,1% dos inquiridos completaram o ensino secundário, 10,0% completaram o ensino superior e 6,0% correspondem a pessoas sem escolaridade).

Relativamente ao estado civil, 80,1% (n=1193) dos indivíduos relatam viver acompanhados (casados ou em união de facto) e os restantes 19,9% (n=297) vivem sozinhos (solteiros, divorciados, viúvos ou casados a viver separados do conjugue).

No que se refere à ocupação, a maioria dos inquiridos refere estar reformada (62,2%, n=1020), 15,8% (n=259) encontra-se empregada, 5,9% (n=96) encontra-se desempregada e 16,1% (n=264) refere ter outra ocupação.

Cerca de três quartos da amostra em análise (76,6%, n=1273) reporta não possuir seguro de saúde nem subsistema de saúde.

Quando inquiridos sobre o estado de saúde, 68,3% (n=1134) dos indivíduos classifica o seu estado de saúde como razoável ou mau, 23,7% (n=394) classifica como bom e 8,0% (n=133) classifica como excelente ou muito bom.

Relativamente ao rendimento mensal médio, nesta amostra a média foi de 2474,21€, a mediana 1000€ e a moda 900€.

Mais de metade dos inquiridos apresenta MM, isto é, duas ou mais doenças crónicas (64,2%, n=1065), face a 35,8% (n=595) dos inquiridos que reportam ter uma ou nenhuma doença crónica.

Características sociodemográficas		Frequência	Percentagem válida
Idade	50-59 anos	95	5,7%
	60-69 anos	613	36,9%
	70-79 anos	610	36,7%
	Superior a 80 anos	343	20,7%
Sexo	Masculino	747	45,0%
	Feminino	914	55,0%
Estado civil	Vive acompanhado*	1193	80,1%
	Vive sozinho**	297	19,9%
Níveis de educação	Sem escolaridade	98	6,0%
	1º ou 2º ciclo do ensino básico	1028	63,4%
	3º ciclo do ensino básico	170	10,5%
	Ensino secundário	164	10,1%
	Ensino superior	162	10,0%
Ocupação	Reformado	1020	62,2%
	Empregado	259	15,8%
	Desempregado	96	5,9%
	Outra	264	16,1%
Seguro ou subsistema de saúde	Sim	388	23,4%
	Não	1273	76,6%
Estado de saúde auto-reportado	Excelente ou Muito Bom	133	8,0%
	Bom	394	23,7%
	Razoável ou Mau	1134	68,3%
Rendimento (quintis)	1º Quintil: 0,00€ - 398,37€	240	20,1%
	2º Quintil: 398,37€ - 565,69€	234	19,6%
	3º Quintil: 565,69€ - 750,00€	244	20,4%
	4º Quintil: 750,00€ - 1202,08€	222	18,6%
	5º Quintil: 1202,08€ - 70710,69€	254	21,3%
Multimorbilidade	Sim	1065	64,2%
	Não	595	35,8%

*Casado ou em união de facto

**Solteiro, divorciado, viúvo ou casado a viver separado do conjugue

Tabela 2: Caracterização da amostra em estudo.

2. PREVALÊNCIA DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

No que se refere às NCSNS, 81,5% (n=1354) dos indivíduos da amostra respondeu “não” às duas questões do SHARE relacionadas com este tema, assumindo-se que, nestes casos, poderemos estar perante uma das seguintes situações:

- 1- Não existiram necessidades de saúde no período de tempo em estudo (últimos 12 meses face à data de aplicação do questionário);
- 2- Existiram necessidades de saúde no período de tempo em estudo (últimos 12 meses face à data de aplicação do questionário), que foram satisfeitas.

Por sua vez, 18,5% (n=307) dos indivíduos da amostra em estudo reportaram NCSNS devido ao custo ou ao tempo de espera (figura 5).

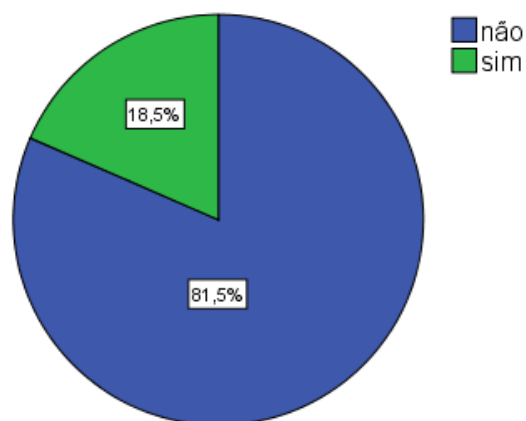


Figura 5: Necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas na amostra em estudo.

3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MULTIMORBILIDADE

		Sem Multimorbilidade (n=595)		Com Multimorbilidade (n=1065)	
Características sociodemográficas		Frequência	% válida	Frequência	% válida
Idade	50-59 anos	56	9,4%	39	3,7%
	60-69 anos	263	44,2%	350	32,9%
	70-79 anos	182	30,6%	428	40,2%
	Superior a 80 anos	94	15,8%	248	23,3%
Sexo	Masculino	310	52,1%	436	40,9%
	Feminino	285	47,9%	629	59,1%
Estado civil	Vive acompanhado*	422	82,4%	771	78,9%
	Vive sozinho**	90	17,6%	206	21,1%
Níveis de educação	Sem escolaridade	27	4,6%	71	6,9%
	1º ou 2º ciclo do ensino básico	345	58,4%	682	66,2%
	3º ciclo do ensino básico	67	11,3%	103	10,0%
	Ensino secundário	74	12,5%	90	8,7%
	Ensino superior	78	13,2%	84	8,2%
Ocupação	Reformado	312	53,1%	708	67,4%
	Empregado	143	24,3%	116	11,0%
	Desempregado	41	7,0%	55	5,2%
	Outra	92	15,6%	172	16,4%
Seguro ou subsistema de saúde	Sim	160	26,9%	228	21,4%
	Não	435	73,1%	837	78,6%
Estado de saúde auto-reportado	Excelente ou Muito Bom	108	18,2%	25	2,3%
	Bom	219	36,8%	175	16,4%
	Razoável ou Mau	268	45,0%	865	81,2%
Rendimento (quintis)	1º Quintil	69	16,1%	171	22,4%
	2º Quintil	70	16,3%	164	21,4%
	3º Quintil	87	20,3%	157	20,5%
	4º Quintil	91	21,2%	131	17,1%
	5º Quintil	112	26,1%	142	18,6%

*Casado ou em união de facto

**Solteiro, divorciado, viúvo ou casado a viver separado do conjugue

Tabela 3: Caracterização da amostra em estudo, estratificada pela variável MM.

No que se refere à caracterização da amostra estratificada pela variável MM (detalhada na tabela 3), verifica-se que, face às pessoas sem MM, a MM está mais concentrada em pessoas com 70 ou mais anos de idade, do sexo feminino, que vivem sozinhas, que completaram o 1º ou 2º ciclo de escolaridade, reformados, sem subsistema ou seguro de saúde e que auto-reportam o seu estado de saúde como razoável ou mau. Além disso, as pessoas com MM apresentam proporção mais elevada nos quintis de rendimento mais desfavoráveis (1º, 2º e 3º quintil).

4. PREVALÊNCIA DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MULTIMORBILIDADE

Verifica-se que a presença de NCSNS é superior em pessoas com MM, face às pessoas sem MM (12,6% para pessoas sem MM, face a 21,7% para pessoas com MM).

Efetuuou-se o teste do qui-quadrado e verificou-se que esta diferença foi estatisticamente significativa, tendo-se obtido um valor de p inferior a 0,001 (tabela 4).

	Sem Multimorbilidade (n=595)		Com Multimorbilidade (n=1065)		Diferença	
NCSNS	Frequência	% válida	Frequência	% válida	% diferença	Valor p
Não	520	87,4%	834	78,3%	9,3%	<0,001
Sim	75	12,6%	231	21,7%	-9,1%	<0,001

Tabela 4: Prevalência das NCSNS, estratificada pela variável MM.

5. ASSOCIAÇÃO ENTRE AS NCSNS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MULTIMORBILIDADE

Para estudar a relação entre as NCSNS e as CSD, procedeu-se ao teste do qui-quadrado de Pearson, estratificando a análise pela variável de interesse (MM).

5.1 NCSNS na ausência de multimorbilidade

A tabela 5 apresenta os resultados das NCSNS em pessoas sem MM, ou seja, todos os indivíduos com 50 ou mais anos de idade e com uma ou nenhuma doença crónica, que nos últimos 12 meses tenham tido uma necessidade em saúde que não foi devidamente satisfeita devido a elevado tempo de espera ou custo elevado (n=75).

Quanto à idade, a frequência de NCSNS aumenta com a idade, passando de 8,9% nas pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos para 14,9% nas pessoas com 80 ou mais anos. As diferenças verificadas ao longo das faixas etárias não revelaram ser estatisticamente significativas.

Em relação ao sexo, verifica-se que 14,4% das mulheres e 11,0% dos homens apresentaram uma NCSNS, diferença esta que não revelou ser estatisticamente significativa.

Quanto ao estado civil, 12,3% das pessoas que vivem acompanhadas e 11,1% das que vivem sozinhas reportaram ter NCSNS. Esta diferença não revelou ser estatisticamente significativa.

Relativamente ao nível de educação, 14,6% das pessoas sem escolaridade ou com o ensino básico reportaram NCSNS, face a 7,2% de indivíduos com o ensino secundário ou superior que reportaram a mesma situação. Esta diferença revelou ser estatisticamente significativa ($p=0,021$), ou seja, existe uma relação entre o nível de escolaridade e a existência de NCSNS.

Por sua vez, a relação entre as NCSNS e a ocupação não revelou ser estatisticamente significativa, variando entre os 13,5% nos indivíduos reformados, 13,3% nos empregados, 9,8% nos desempregados e 10,9% nas pessoas com outras ocupações.

A frequência de NCSNS em indivíduos que não têm seguro de saúde nem subsistema de saúde é maior face aos que apresentam seguro de saúde ou subsistema de saúde (13,6% para 10,0%, respetivamente), diferença esta que não revelou ser estatisticamente significativa.

No que se refere ao estado de saúde, verifica-se um aumento da proporção de NCSNS quanto pior é a classificação auto-relatada sobre o estado de saúde: 7,4% em indivíduos que classificam a saúde como excelente ou muito boa, 12,8% para os que classificam como boa e 14,6% para os que consideram a sua saúde razoável ou má. Esta diferença não revelou ser estatisticamente significativa.

Relativamente ao rendimento, entre o 1º e o 4º quintil verifica-se que quanto maior o rendimento menor a proporção de NCSNS (17,4% dos indivíduos no quintil de menor rendimento até 8,8% dos indivíduos no 4º quintil de rendimento). Apenas no maior quintil de rendimento esta tendência se inverte, apresentando 9,8% dos indivíduos neste quintil NCSNS. As diferenças verificadas não revelaram ser estatisticamente significativas.

		NCSNS em pessoas sem Multimorbilidade		
Características sociodemográficas		Frequência NCSNS	%válida	Valor de p
Idade	50-59 anos	5	8,9%	0,752
	60-69 anos	34	12,9%	
	70-79 anos	22	12,1%	
	Superior a 80 anos	14	14,9%	
Sexo	Masculino	34	11,0%	0,258
	Feminino	41	14,4%	
Estado civil	Vive acompanhado*	52	12,3%	0,887
	Vive sozinho**	10	11,1%	
Níveis de educação	Sem escolaridade ou ensino básico	64	14,6%	0,028
	Ensino secundário ou ensino superior	11	7,2%	
Ocupação	Reformado	42	13,5%	0,849
	Empregado	19	13,3%	
	Desempregado	4	9,8%	
	Outra	10	10,9%	
Seguro ou subsistema de saúde	Sim	16	10,0%	0,307
	Não	59	13,6%	
Estado de saúde auto-reportado	Excelente ou Muito Bom	8	7,4%	0,167
	Bom	28	12,8%	
	Razoável ou Mau	39	14,6%	
Rendimento (quintis)	1º Quintil	12	17,4%	0,229
	2º Quintil	7	10,0%	
	3º Quintil	15	17,2%	
	4º Quintil	8	8,8%	
	5º Quintil	11	9,8%	

Tabela 5: Análise da associação entre as NCSNS e as características sociodemográficas em estudo, na ausência de MM. A negrito encontra-se assinalado o valor de p considerado estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

5.2 NCSNS na presença de multimorbilidade

A tabela 6 apresenta os resultados das NCSNS em pessoas com MM, ou seja, todos os indivíduos com 50 ou mais anos de idade e com duas ou mais doenças crónicas, que

nos últimos 12 meses tenham tido uma necessidade em saúde que não foi devidamente satisfeita devido a elevado tempo de espera ou custo elevado (n=231).

Quanto à idade, a frequência de NCSNS varia de acordo com a faixa etária, 28,2% nas pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos, 20,9% nas pessoas com idades entre os 60 e os 69, 23,4% nas pessoas com idades entre os 70 e os 79, e 19,0% nas pessoas com idade igual ou superior a 80, diferença esta que não revelou ser estatisticamente significativa.

Em relação ao sexo, verifica-se que 25,0% das mulheres e 17,0% dos homens com multimorbilidade apresentaram NCSNS. Ao contrário do que aconteceu no grupo dos indivíduos sem MM, esta diferença revelou ser estatisticamente significativa ($p=0,002$)

Quanto ao estado civil, 22,2% das pessoas que vivem acompanhadas e 21,8% das que vivem sozinhas reportaram ter NCSNS. Esta diferença não revelou ser estatisticamente significativa.

Relativamente ao nível de educação, 24,2% das pessoas sem escolaridade ou com o ensino básico reportaram NCSNS, face a 9,8% de indivíduos com o ensino secundário ou superior que reportaram a mesma situação. Esta diferença revelou ser estatisticamente significativa ($p<0,001$), ou seja, à semelhança do que aconteceu na ausência de MM, também na sua presença existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a existência de NCSNS.

Por sua vez, a relação entre as NCSNS e a ocupação não revelou ser estatisticamente significativa, variando entre os 21,9% nos indivíduos reformados, 21,6% nos empregados, 27,3% nos desempregados e 20,9% nas pessoas com outras ocupações.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p<0,001$) entre a existência de NCSNS e ter seguro de saúde ou subsistema de saúde, verificando-se que 24,4% das pessoas que não têm seguro de saúde nem subsistema de saúde reportaram ter NCSNS, face a 11,8% de pessoas com seguro de saúde ou subsistema de saúde.

No que se refere ao estado de saúde, verifica-se um aumento da proporção de NCSNS quanto pior é a classificação sobre o estado de saúde: 12,0% em indivíduos que classificam a saúde como excelente ou muito boa, 16,6% para os que classificam como boa e 23,0% para os que consideram a sua saúde razoável ou má. Estas diferenças não revelaram ser estatisticamente significativas.

O rendimento e as NCSNS variam inversamente, diminuindo de 26,3% para o quintil de menor rendimento até 11,3% para o quintil de maior rendimento, salvaguardando-se a exceção para o 3º e 4º quintil que apresentam a mesma frequência de NCSNS (19,1%). Estas diferenças revelaram ser estatisticamente significativas ($p=0,014$), existindo uma relação entre o rendimento e a existência de NCSNS.

		NCSNS em pessoas Com Multimorbilidade		
Características sociodemográficas		Frequência	% válida	Valor de p
Idade	50-59 anos	11	28,2%	0,404
	60-69 anos	73	20,9%	
	70-79 anos	100	23,4%	
	Superior a 80 anos	47	19,0%	
Sexo	Masculino	74	17,0%	0,002
	Feminino	157	25,0%	
Estado civil	Vive acompanhado*	171	22,2%	0,981
	Vive sozinho**	45	21,8%	
Níveis de educação	Sem escolaridade ou ensino básico	207	24,2%	<0,001
	Ensino secundário ou ensino superior	17	9,8%	
Ocupação	Reformado	155	21,9%	0,795
	Empregado	25	21,6%	
	Desempregado	15	27,3%	
	Outra	36	20,9%	
Seguro ou subsistema de saúde	Sim	27	11,8%	<0,001
	Não	204	24,4%	
Estado de saúde auto-reportado	Excelente ou Muito Bom	3	12,0%	0,084
	Bom	29	16,6%	
	Razoável ou Mau	199	23,0%	
Rendimento (quintis)	1º Quintil	45	26,3%	0,014
	2º Quintil	39	23,8%	
	3º Quintil	30	19,1%	
	4º Quintil	25	19,1%	
	5º Quintil	16	11,3%	

Tabela 6: Análise da associação entre as NCSNS e as características sociodemográficas em estudo, na presença de MM. A negrito encontram-se assinalados os valores de p considerados estatisticamente significativos ($p<0,05$).

6. ANÁLISE COMPARATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS NCSNS E AS CSD, ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MULTIMORBILIDADE

Para avaliar o efeito da educação, sexo, subsistema ou seguro de saúde e rendimento (variáveis independentes que apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente) na probabilidade de os indivíduos apresentarem NCSNS, recorreu-se à Regressão Logística. Os OR brutos e ajustados estão apresentados na tabela 7.

		Sem Multimorbilidade		Com Multimorbilidade	
Características sociodemográficas		OR Bruto (IC95%) valor de p	OR Ajustado ¹ (IC95%) valor de p	OR Bruto (IC95%) valor de p	OR Ajustado ¹ (IC95%) valor de p
Sexo	Masculino*				
	Feminino	1,364 (0,839 – 2,218) p=0,211	1,385 (0,765-2,505) p=0,282	1,627 (1,195 – 2,215) p=0,02	1,594 (1,092 – 2,326) p=0,016
Níveis de educação	Sem escolaridade ou ensino básico	2,188 (1,121 – 4,268) p=0,022	1,625 (0,659 – 4,004) p=0,292	2,946 (1,744 – 4,976) p<0,001	1,488 (0,779 – 2,843) p=0,228
	Ensino secundário ou ensino superior*				
Seguro ou subsistema de saúde	Sim*				
	Não	1,412 (0,787 – 2,535) p=0,247	1,371 (0,636 – 2,955) p=0,421	2,399 (1,558 – 3,694) p<0,001	1,417 (0,853 – 2,356) p=0,178
Rendimento (quintis)	1º Quintil	1,933 (0,802 – 4,661) p=0,142	1,428 (0,526 – 3,878) p=0,485	2,813 (1,510 – 5,237) p=0,001	2,050 (1,020 – 4,119) p=0,044
	2º Quintil	1,020 (0,276 – 2,769) p=0,969	0,817 (0,279 – 2,396) p=0,713	2,457 (1,306 – 4,624) p=0,005	1,803 (0,887 – 3,666) p=0,104
	3º Quintil	1,913 (0,830 – 4,407) p=0,128	1,608 (0,647 – 3,997) p=0,306	1,860 (0,966 – 3,581) p=0,0643	1,342 (0,651 – 2,769) p=0,426
	4º Quintil	0,885 (0,340 – 2,302) p=0,802	0,743 (0,274 – 2,015) p=0,560	1,857 (0,942 – 3,661) (p=0,074)	1,578 (0,769 – 3,237) p=0,214
	5º Quintil*				

*classe de referência ¹Odds Ratio ajustados obtidos pelo método Forward: LR – Likelihood Ratio

Tabela 7: Regressão logística das NCSNS na ausência e presença de MM. A negrito encontram-se os resultados considerados estatisticamente significativos (p<0,05).

Na ausência de MM, das variáveis independentes em análise, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de educação e as NCSNS (OR bruto=2,188; $p=0,022$), sendo possível afirmar que ter um nível de escolaridade mais baixo aumenta a probabilidade de ter NCSNS.

No que se refere à análise multivariada, para este grupo de indivíduos o modelo aplicado não se verificou estatisticamente significativo ($G_2=9,028$; $p=0,251$).

Na presença de MM, da análise dos OR brutos, verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre as NCSNS e todas as variáveis independentes em análise, sendo possível afirmar que ser mulher (OR bruto=1,6), ter um baixo nível de escolaridade (OR bruto=2,9), não ter um seguro nem um subsistema de saúde (OR bruto=2,4) e ter um rendimento mais baixo (pertencente ao 1º quintil: OR bruto=2,8 ou 2º quintil: OR bruto=2,5) aumenta a probabilidade de ter NCSNS.

Quanto à análise multivariada, o modelo utilizado foi estatisticamente significativo ($G_2=23,991$; $p=0,001$). A capacidade explicativa do modelo foi de 53,0%, com uma sensibilidade de 70,9% (isto é, o modelo classifica corretamente 70,9% dos indivíduos que tiveram NCSNS) e uma especificidade de 48,5% (isto é, o modelo classifica corretamente 48,5% dos indivíduos que não tiveram NCSNS).

Das quatro variáveis independentes em análise, apenas duas obtiveram resultados estatisticamente significativos nesta análise multivariada: sexo e rendimento.

Assim, na presença de MM, a probabilidade de uma mulher ter NCSNS é 1,6 vezes superior à de um homem. Para quem tem rendimentos mais baixos (pertencentes ao 1º quintil), a probabilidade de ter NCSNS é 2 vezes maior face a pessoas com rendimentos mais elevados (pertencentes ao 5º quintil).

IV. DISCUSSÃO

O objetivo geral deste trabalho foi o de analisar se a relação entre os principais determinantes socioeconómicos e demográficos e as NCSNS difere entre as pessoas que apresentam MM e as que não apresentam MM, com a finalidade de compreender se as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde afetam estes dois grupos de forma distinta, em Portugal. Para tal, recorreu-se à base de dados SHARE (vaga 6), na qual se analisou uma amostra representativa da população com 50 ou mais anos de idade residente em unidades de alojamento em Portugal, em 2015.(45,46) No que se refere às NCSNS, importa referir que os dados analisados neste trabalho resultam do auto-reporte, espelhando a perceção dos indivíduos relativas à resposta do sistema de saúde português às suas necessidades.

Na amostra em estudo (n=1661), os indivíduos são maioritariamente do sexo feminino (55,0%, n=914), vivem acompanhados (casados ou em união de facto: 80,1%, n=1193), completaram o 1º ou 2º ciclo do ensino básico (63,4%, n=1028), estão reformados (62,2%, n=1020), não têm seguro de saúde nem subsistema de saúde (76,6%, n=1273) e classificam o seu estado de saúde como razoável ou mau (68,3%, n=1134). No que se refere à MM, mais de metade dos inquiridos vive com duas ou mais doenças crónicas (64,2%, n=1065).

Da caracterização da amostra estratificada pela variável MM, foi possível detetar que a MM se encontrou mais concentrada nas CSD mais desfavoráveis.

A prevalência de NCSNS na amostra global foi de 18,5%. Verificou-se ainda que a prevalência de NCSNS foi superior nas pessoas com MM, face às que não apresentaram MM (21,7% e 12,6%, respetivamente).

As associações entre as CSD e as NCSNS encontradas foram distintas consoantes se estava na presença ou na ausência de MM. Na presença de MM, as mulheres têm 1,6 vezes mais probabilidade de reportar NCSNS face aos homens. Além disso, as pessoas com rendimentos mais baixos (1º quintil) têm 2 vezes mais probabilidade de ter NCSNS do que as pessoas com rendimentos mais elevados (5º quintil). Por sua vez, na ausência de MM, a análise multivariada demonstrou que não existe relação entre nenhuma das CSD em estudo e a existência de NCSNS.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MM)

Da caracterização da amostra estratificada pela variável MM foi possível detetar que a MM se encontrou mais concentrada nas CSD mais desfavoráveis: pessoas com 70 ou mais anos de idade, do sexo feminino, que vivem sozinhas, que apenas completaram o 1º ou 2º ciclo de escolaridade, reformadas, sem subsistema ou seguro de saúde e que auto-reportam o seu estado de saúde como razoável ou mau. Além disso, as pessoas com MM apresentam proporção mais elevada nos quintis de rendimento mais baixos (1º, 2º e 3º quintil).

Estes dados corroboram a literatura apresentada no enquadramento teórico deste trabalho: a MM parece estar mais presente em pessoas pertencentes a um estatuto socioeconómico mais baixo.(1,8-11)

2. PREVALÊNCIA DE NCSNS

Na amostra em estudo, a prevalência de NCSNS foi de 18,5%. Esta prevalência é inferior quando comparada com a população portuguesa com 15 anos de idade ou mais: segundo dados do EHIS de 2014, 39,8% da população portuguesa nessa faixa etária reporta NCSNS.(8)

Ora, alguns estudos indicam que a prevalência das NCSNS é mais baixa nos idosos, apesar de apontarem para uma maior prevalência das necessidades de cuidados de saúde com o aumento da idade.(2,53,54)

As razões apontadas para tal cenário são o facto de os sistemas de saúde darem melhor resposta aos mais velhos do que aos mais novos. Além disso, as pessoas mais velhas têm frequentemente mais disponibilidade, enfrentando menos constrangimentos relacionados com o tempo quando necessitam de recorrer aos cuidados de saúde.(53)

Por outro lado, é importante refletir que no SHARE são recolhidas as NCSNS devido apenas ao custo ou ao tempo de espera, deixando fora um conjunto de outras razões que podem conduzir a NCSNS e que não estão consideradas neste inquérito (por exemplo, as dificuldades devido à distância e/ou deslocações). Por esta razão, não se pode descartar a possibilidade de a prevalência de NCSNS apresentada no presente estudo estar subestimada.

3. PREVALÊNCIA DAS NCSNS (ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MM)

Quanto à comparação entre a prevalência de NCSNS na presença e ausência de MM, verificou-se que a prevalência de NCSNS foi superior nas pessoas com MM, face às que não apresentaram MM, numa diferença de 9,1 pontos percentuais, considerada estatisticamente significativa (21,7% face a 12,6%, respetivamente).

Para compreender as diferenças aqui encontradas, por um lado, importa ter presente que é espectável que as pessoas com MM tenham mais necessidades em saúde, decorrentes da presença de múltiplas patologias crónicas e da complexidade muitas vezes associada à sua gestão.(5)

Por outro lado, como observado anteriormente, as pessoas com MM pertencem a estratos socioeconómicos mais desfavoráveis, apresentando por essa razão maior probabilidade de terem mais dificuldades em aceder aos cuidados de saúde e, consequentemente, reportarem mais frequentemente NCSNS.(35,38–40)

Importa lembrar que o sistema de saúde português, à semelhança da maioria dos sistemas de saúde europeus, se encontra organizado por especialidades médicas focado em sistemas de órgãos específicos, não estando particularmente estruturado por forma a dar uma resposta em saúde holística à pessoa com MM.(1,6,17) Por esse motivo é espectável que as pessoas com MM percecionem mais dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, resultando em mais NCSNS auto-reportadas.

4. ASSOCIAÇÃO ENTRE OS PRINCIPAIS CSD E AS NCSNS (ESTRATIFICADA PELA VARIÁVEL MM)

Para efetuar o estudo da associação dos fatores que podem influenciar as NCSNS recorreu-se ao teste do qui-quadrado de Pearson para verificar quais as CSD com relação estatisticamente significativa com as NCSNS. De seguida, com essas variáveis identificadas, procedeu-se à Regressão Logística univariada e multivariada.

Na interpretação dos resultados obtidos, importa ter presente que a dimensão da amostra de pessoas sem MM e de pessoas com MM que apresentaram NCSNS é distinta (75 e 231, respetivamente). No grupo de pessoas sem MM considera-se que a amostra poderá não ter dimensão suficiente para se verifiquem associações com significado estatístico.

De um modo geral, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre as NCSNS e o nível de educação, sexo, seguro ou subsistema de saúde e rendimento.

>> Nível de educação

Tanto na ausência como na presença de MM, existiu uma relação entre o nível de educação e as NCSNS, que perdeu significado quando se ajustaram as restantes variáveis socioeconómicas e demográficas.

Na ausência de MM, um nível baixo de educação aumentou a probabilidade de relatar NCSNS em 2,2 vezes. No entanto, quando se ajustaram as restantes CSD no modelo de Regressão Logística, deixou de se verificar significado estatístico.

Na presença de MM identificou-se um cenário idêntico: pessoas que têm um nível de educação baixo têm 2,9 vezes mais probabilidade de apresentar NCSNS. Quando se efetuou o ajuste com as restantes CSD, a relação entre o nível de educação e as NCSNS deixou de ter significado estatístico.

A evidência da relação entre nível de educação e as NCSNS tem mostrado resultados contraditórios na literatura consultada.

Dois estudos realizados com dados de países europeus mostraram resultados ambíguos: ambos analisaram os dados do *European Social Survey* (ESS) de 2014 e concluíram que não foram encontradas associações entre as NCSNS e o nível de educação.(37,53) No estudo realizado por Fjær e colegas, verificou-se uma relação muito semelhante à identificada no presente trabalho: apesar de ter havido uma ligeira diferença no que concerne ao nível de educação, ela perdeu o significado estatístico quando se efetuou o ajuste para as restantes variáveis socioeconómicas e demográficas.(37)

Por sua vez, um outro estudo realizado com base nos dados do *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) de 2009, concluiu que existiu uma relação entre o nível de educação e as NCSNS. Segundo os resultados deste estudo, ter um nível de educação mais baixo aumenta o risco de vir a ter necessidades de cuidados médicos não satisfeitas.(54)

No que se refere ao panorama nacional, segundo o estudo de Martins, um menor nível de escolaridade está associado a um maior risco de ter NCSNS, principalmente relativa a medicamentos receitados e nos cuidados de saúde oral.(41) No presente trabalho, as NCSNS são referentes a consultas médicas ou de enfermagem especializadas, consultas de emergência ou consultas externas, não sendo tidos em conta os cuidados de saúde oral nem medicamentos receitados, para os quais o trabalho referido no parágrafo anterior encontrou uma relação significativa entre o nível de educação e as NCSNS.

No que concerne a pessoas com MM, um estudo realizado em Portugal concluiu que, na presença de MM, um nível baixo de escolaridade aumenta em 2 vezes a probabilidade de apresentar NCSNS, mesmo quando ajustadas as restantes variáveis socioeconómicas, algo que não se verifica no presente estudo.(2)

Para enquadrar os resultados obtidos no presente estudo, é importante considerar a caracterização da amostra no concerne à educação: a maioria dos indivíduos tem algum grau de escolaridade, representando o grupo “sem escolaridade” apenas 4,6% e 6,9% na ausência e na presença de MM, respetivamente. Por outro lado, a maioria dos indivíduos desta amostra completou o 1º ou 2º ciclo do ensino básico, 58,4% das pessoas sem MM e 66,2% das pessoas com MM.

Considerando que nesta amostra estão incluídas pessoas com mais de 50 anos, isto é, nascidas antes de 1960, seria espectável que o nível de educação da amostra fosse mais baixo, já que o acesso à educação, apesar de obrigatória, não se encontrava ainda democratizada e a educação mais avançada estava reservada apenas às elites.(55–58) Porventura, as pessoas que nasceram mais próximo de ano 1960 terão já sentido os efeitos da democratização do ensino. No entanto, para as pessoas que nasceram 20 ou 30 anos antes de 1960 (isto é, para as pessoas com 70 ou 80 anos da amostra em estudo), o acesso à educação terá sido muito mais limitado. Por esta razão, poderia ser espectável que a proporção de pessoas com baixo nível de escolaridade, ou mesmo sem escolaridade, fosse superior ao apresentado nesta amostra.

O processo de “mortalidade seletiva” poderá ajudar a compreender a distribuição dos níveis de educação neste trabalho. A “mortalidade seletiva” é um processo de seleção verificado em coortes de pessoas mais velhas, nas quais as pessoas com piores condições socioeconómicas (incluindo baixo nível de educação) não se encontram incluídas, pelo facto de já não estarem vivas no momento da constituição da amostra.(59)

Este processo de seleção altera consideravelmente a composição dos grupos de pessoas, sobretudo das mais velhas, por isso é relevante ter presente que neste trabalho está a ser analisado um grupo altamente seletivo, não só em relação ao nível de educação, mas considerando todas as CSD em análise.(59)

>> Sexo

A relação entre o sexo e as NCSNS foi significativa apenas para as pessoas com MM: neste grupo, as mulheres têm mais probabilidade de vir a ter NCSNS. A análise

multivariada mostra que o sexo mantém o significado estatístico, demonstrando que as mulheres têm uma probabilidade 1,6 vezes superior de ter NCSNS em comparação com os homens. Na ausência de MM não se verificou associação entre o sexo e as NCSNS.

No geral, a literatura é consensual no que diz respeito à relação entre o sexo e as NCSNS: as mulheres tem mais probabilidade de apresentar NCSNS do que os homens.(34,38-40,54)

Quanto aos dados nacionais, no estudo realizado por Prazeres e colegas conclui-se que, na presença de MM, as mulheres têm maior risco de ter NCSNS do que os homens, corroborando os achados do presente estudo.(2)

No que se refere à ausência de MM, no presente estudo, o sexo parece não ter qualquer relação com as NCSNS. Não foi encontrada na literatura evidência disponível para este grupo concreto de análise (isto é, pessoas sem MM), pelo que não foi possível confrontar este achado com outros estudos.

Ainda assim, importa refletir sobre as diferenças aqui encontradas. Para enquadrar estes resultados é interessante verificar que, na amostra em estudo, a MM está mais concentrada no sexo feminino (59,1% das pessoas com MM são mulheres, face a 47,9% das pessoas sem MM que são mulheres). A maioria dos homens não tem MM e a maioria das mulheres tem MM.

Este achado é corroborado pela literatura já existente: tal como apresentado no enquadramento teórico deste trabalho, em Portugal a MM está mais concentrada nas mulheres: entre os 10 e os 90 anos, as mulheres apresentam mais MM do que os homens.(10)

Desta forma, o efeito do sexo poderá ficar mais evidente na presença de MM, e perder significado na sua ausência, já que há mais mulheres da amostra em análise a viver com duas ou mais doenças crónicas, do que a viver sem doenças ou com apenas uma.

>> Seguro de Saúde e/ou Subsistema de Saúde

Da análise univariada, para as pessoas com MM, verificou-se a existência de uma relação entre ter seguro ou subsistema de saúde e apresentar NCSNS: as pessoas que não têm seguro ou subsistema de saúde apresentaram uma probabilidade 2,4 vezes maior de apresentar NCSNS. Esta relação perdeu o significado estatístico quando se introduziram as restantes CSD no modelo de Regressão Logística. Considera-se que ter seguro ou subsistema de saúde pode estar relacionado com outros fatores

socioeconómicos como, por exemplo, o rendimento.(16) Por esta razão, quando se adicionaram as restantes CSD no modelo de Regressão Logística, a associação entre as NCSNS e ter seguro ou subsistema de saúde deixou de ter significado estatístico.

Na ausência de MM, não se verificou associação entre ter seguro ou subsistema de saúde e a presença de NCSNS.

Vários estudos apontam para a existência de uma relação entre ter seguro de saúde e as NCSNS, indicando que ter seguro de saúde apresenta um efeito protetor, isto é, as pessoas que têm um seguro de saúde têm menos probabilidade de reportar NCSNS.(2,16)

Em Portugal, no trabalho realizado por Martins concluiu-se que ter um seguro ou subsistema de saúde diminui o risco de ter uma NCSNS devido ao tempo de espera ou à distância.(41)

Não foi encontrada na literatura evidência sobre a relação entre ter seguro ou subsistema de saúde e as NCSNS na presença nem ausência de MM, pelo que não será possível efetuar uma análise comparativa no contexto estratificado.

Para enquadrar os resultados aqui obtidos, importa analisar a caracterização da amostra, na qual se verifica que a MM está mais concentrada em pessoas que não têm seguro ou subsistema de saúde (78,6% das pessoas com MM não têm seguro de saúde, face a 73,1% das pessoas sem MM que não têm seguro de saúde).

Por outro lado, sabe-se que, em Portugal, as pessoas com MM têm mais necessidades de saúde e utilizam mais os cuidados de saúde do que as pessoas sem doenças crónicas.(5)

Apesar de, em Portugal, existir um SNS que tem como objetivo promover um acesso universal e geral aos cuidados de saúde, poderão existir, por exemplo, listas de espera no SNS que condicionem a procura por cuidados. Nesse sentido, as pessoas que mais utilizam os cuidados podem sentir necessidade de recorrer a seguros ou subsistemas de saúde para terem a possibilidade de aceder às consultas e tratamentos necessários de forma mais célere. Ora, se a pessoa com MM, que tem mais necessidades em saúde, não tiver esta solução complementar, naturalmente ficará mais exposta às consequências das eventuais falhas do SNS, que resultarão em NCSNS.

>> Rendimento

A literatura tem sido consensual no que diz respeito à relação entre o rendimento e as NCSNS: as pessoas com rendimentos mais baixos reportam mais NCSNS do que as pessoas com rendimentos mais elevados.(15,34,38-40)

No presente estudo a relação entre o rendimento e as NCSNS foi significativa nas pessoas que vivem com MM e manteve-se mesmo na análise multivariada: para quem tem rendimentos mais baixos (pertencentes ao 1º quintil), a probabilidade de ter NCSNS é 2 vezes maior face a pessoas com rendimentos mais elevados (pertencentes ao 5º quintil).

Este resultado é corroborado pelo estudo realizado por Prazeres e colegas, no qual se concluiu que, na presença de MM, ter um rendimento mensal insuficiente aumenta a probabilidade de reportar NCSNS.(2)

Por outro lado, na ausência de MM, essa relação não se verificou: para as pessoas sem MM parece não existir relação entre o rendimento e as NCSNS. Não foi encontrada na literatura evidência disponível para este grupo concreto de análise (isto é, pessoas sem MM), pelo que não foi possível confrontar este achado com outros estudos.

Mais uma vez, para analisar as diferenças aqui encontradas, importa visitar a caracterização da amostra e verificar que a distribuição do rendimento é bastante distinta nas pessoas sem e com MM.

Na ausência de MM existe uma maior proporção de pessoas nos quintis de maior rendimento face aos de menor rendimento, verificando-se o inverso na presença de MM, na qual a maioria das pessoas se encontra nos quintis de mais baixo rendimento.

Assim, possivelmente pelo facto de a MM estar mais concentrada nas pessoas de mais baixo rendimento, o seu efeito só se torna evidente nas pessoas com MM.

5. LIMITAÇÕES

Um conjunto de limitações devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados do presente trabalho.

O objetivo da base de dados utilizada (SHARE) é o de inferir sobre a população com 50 ou mais anos de idade, sendo o processo de amostragem pensado e executado com essa finalidade. Ainda assim, é importante considerar a taxa de retenção dos participantes ao longo das vagas do SHARE: em Portugal a amostra de 2011 (vaga 4) era de 2020 pessoas, tendo passado para 1676 em 2015 (vaga 6).(46) Assim, no momento de generalizar os resultados obtidos neste estudo para a população com 50 ou mais anos residente em Portugal, é necessário ter em conta que na vaga 6 a taxa de participação foi menor.

No que se refere ao questionário propriamente dito, como já foi referido anteriormente, as NCSNS avaliadas neste estudo são referentes às perceções dos inquiridos sobre a resposta do sistema de saúde português às suas necessidades. Além disso, as NCSNS aqui avaliadas poderão estar subestimadas, uma vez que são apenas consideradas NCSNS devidas ao custo ou ao tempo de espera.

Uma vez que se trata de um estudo transversal, não é possível aferir sobre a relação temporal entre a exposição e o resultado, isto é, apesar de se ter identificado uma relação entre determinadas CSD e a presença de NCSNS na população com e sem MM, não é possível garantir se essas CSD são precedentes às NCSNS ou se são um resultado delas.

Considerando a formulação das questões referentes às NCSNS, considera-se a presença do viés de interpretação, já que ser “demasiado caro” e “teria de esperar demasiado tempo” são conceitos subjetivos e que podem levar a interpretações individuais distintas.

Por outro lado, o viés de memória está também presente, uma vez que as questões se reportam aos “últimos 12 meses”, um espaço temporal largo que aumenta a possibilidade da existência de acontecimentos não recordados, sobretudo se não foram suficientemente marcantes para o indivíduo.

Um outro fenómeno a considerar na interpretação destes resultados é a “mortalidade seletiva”, já referido no presente trabalho. O facto de se analisar uma coorte de indivíduos com 50 ou mais anos leva a um processo de seleção, uma vez que não são incluídas na amostra as pessoas que já não estão vivas à data da sua constituição, e que representam um grupo de pessoas desfavorecidas do ponto de vista

socioeconómico. Este processo de seleção altera consideravelmente a composição dos grupos de pessoas, sobretudo das mais velhas, por isso é relevante ter presente que neste trabalho está a ser analisado um grupo altamente seletivo.(59)

A falta de consenso na definição da MM, não só no número de doenças que a definem, mas também do tipo de doenças a considerar, é uma limitação no processo de comparação dos resultados deste estudo com a demais literatura. Além disso, a parca evidência sobre a relação das CSD e as NCSNS na presença e na ausência de MM limitam também a análise comparativa dos resultados aqui obtidos.

V. CONCLUSÕES

Este trabalho contribuiu para aumentar o conhecimento baseado na evidência sobre o acesso aos cuidados de saúde das pessoas com 50 ou mais anos de idade, residentes em Portugal, em 2015, indiretamente avaliado pelas NCSNS, e a sua relação com os principais determinantes socioeconómicos e demográficos. Além disso, contribuiu para efetuar uma análise pioneira das NCSNS na presença e na ausência de MM.

Concluiu-se que as pessoas com MM apresentam maior prevalência de NCSNS do que as pessoas sem MM. Acresce que, as pessoas que vivem com duas ou mais doenças crónicas apresentam um perfil socioeconómico mais desfavorável quando comparadas com as pessoas sem MM.

As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde para as pessoas com 50 ou mais anos e residentes em Portugal, em 2015 (avaliado através das NCSNS) são evidentes nas pessoas com MM. Pelo contrário, na ausência de MM parecem não existir desigualdades tão claras a este nível.

A análise multivariada da relação entre as CSD e as NCSNS devido ao custo ou ao tempo de espera demonstrou que, na presença de MM, ser mulher ou ter um rendimento baixo aumentam em 1,6 ou 2 vezes a probabilidade de apresentar NCSNS, respetivamente.

Na presença de MM, além de existir um maior número de necessidades em saúde, decorrentes da presença de várias doenças crónicas e da maior complexidade na sua gestão,(5) o perfil socioeconómico das pessoas que vivem com múltiplas doenças crónicas coloca-as em maior risco de encontrar barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

Há hoje um consenso alargado de que a MM constituiu um desafio para os sistemas de saúde. A maioria dos utilizadores do SNS tem, hoje, duas ou mais doenças crónicas, fazendo com que a prestação de cuidados individualizados por patologia deixe de ser adequada e, por outro lado, ganhem protagonismo os modelos colaborativos, multidisciplinares e que integram organizações sociais e de saúde.(5,17,60)

As pessoas com MM certamente beneficiam de uma eficiente integração de cuidados de saúde, através da qual se consiga estabelecer um plano individual de cuidados, bem integrado no sistema de informação de saúde e que, simultaneamente, promova a

participação mais informada de cada um (maior literacia) na prevenção e minimização dos efeitos da MM.(5,60)

Vários esforços têm sido envidados para criar soluções nesse sentido. No entanto, pouca evidência tem sido recolhida sobre o impacto dessas novas soluções na diminuição das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos com MM.(61,62)

Para reduzir as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde é necessária uma intervenção política transversal com vista à sua minimização. Os dados aqui apresentados devem ser tidos em consideração durante o processo de criação de novas soluções que visem dar uma resposta mais holística às pessoas com MM, com vista a aumentar os ganhos em saúde dos mais desfavorecidos socialmente.

O reforço da rede de cuidados de saúde de proximidade, que possam dar uma resposta mais completa à pessoa com MM, baseada na atuação de equipas multidisciplinares que considerem todas as patologias existentes no mesmo ato clínico, poderão ser uma solução. Para prevenir o surgimento de iniquidades no acesso a este tipo de soluções, é fundamental considerar questões relacionadas com o custo, tempo de espera ou deslocações, a fim de proteger as pessoas mais desfavorecidas do ponto de vista socioeconómico.

Importa também considerar a importância de monitorizar todas as soluções implementadas, para ser possível avaliar a sua eficácia e eficiência e efetuar eventuais ajustes com base na evidência.

Como futuras linhas de investigação, seria relevante efetuar um levantamento das NCSNS nas pessoas com MM de uma forma mais abrangente, considerando barreiras como a dificuldade de deslocação e/ou distância ou outras que possam ser relevantes. Por outro lado, na análise da MM, seria ainda pertinente considerar o número de doenças crónicas presentes, por forma a identificar o impacto das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde de acordo com número de doenças crónicas.

Além disso, os estudos futuros deverão permitir o estabelecimento de relações de causalidade, recorrendo a estudos longitudinais, para melhor compreender o fenómeno de desenvolvimento de desigualdades aqui apresentadas. Essa informação poderá ser útil para conhecer melhor este fenómeno e, consequentemente, possibilitar o desenvolvimento de políticas mais ajustadas.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Rijken M, Struckmann V, Heide I van der, Hujala A, Barbabella F, Ginneken E vn, et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? Utrecht; 2016.
2. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life , perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal : a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;1–11.
3. Rodrigues AM, Gregório MJ, Sousa RD, Dias SS. Challenges of Ageing in Portugal : Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Med Port*. 2018;31(2):80–93.
4. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva; 2016. 4–10 p.
5. Kislaya I, Gonc SC, Nunes B, Dias CM. Healthcare use in patients with multimorbidity. *Eur J Public Health [Internet]*. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz118>
6. Palladino BR, Pennino F, Finbarr M, Millett C, Triassi M. Multimorbidity and health outcomes in older adults in ten european health systems, 2006–15. *Health Aff*. 2019;38(4):613–23.
7. Chen H, Cheng M, Zhuang Y, Broad JB. Multimorbidity among middle-aged and older persons in urban China : prevalence, characteristics and health service utilization. *Geriatr Gerontol Int [Internet]*. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1111/ggi.13510>
8. OECD. Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. Paris: OECD Publishing; 2019. 134–161 p.
9. Carr W, Wolfe S. Unmet needs as sociomedical indicators. *Int J Heal Serv*. 1976;6(3):417–30.
10. Popovic N, Terzic-supic Z, Simic S, Mladenovic B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. *PLoS One*. 2017;12(11).

11. OECD. Health at a Glance 2019. Paris: OECD Publishing; 2019. 103–118 p.
12. Eurostat. Unmet health care needs statistics. Statistics Explained; 2018.
13. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease : impact on health care resources and costs. Risk Manag Healthc Policy. 2016;9:143–56.
14. McLean G, Gunn J, Wyke S, Guthrie B, Watt GCM, Blane DN, et al. The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2014;440–7.
15. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. Lancet. 2012;380:37–43.
16. Simões JDA, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health System Review. Vol. 19, Health Systems in Transition. 2017. 15–40; 103–136 p.
17. Palladino R, Lee JT, Ashworth M, Triassi M, Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. Age Ageing. 2016;45:431–5.
18. World Health Organization. Health inequality and inequity (Glossary) [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
19. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen; 1985. (European Health for All Series, n.1).
20. World Health Organization. Closing the health equity gap - policy options and opportunities for action. Geneva; 2013. 10–23 p.
21. OECD. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018. 169–188 p.
22. Serviço Nacional de Saúde. História do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
23. Serviços Nacional de Saúde. Retrato da Saúde. Ministério da Saúde, editor.

Lisboa; 2018. 42–65; 76–80 p.

24. Legido-Quigley H, Karanikolos M, Hernandez-Plaza S, Freitas C de, Bernardo L, Padilla B, et al. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>
25. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult their doctor? *Fam Pract.* 1996;13:75–83.
26. Smith S, Connolly S. Re-thinking unmet need for health care: introducing a dynamic perspective. *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1017/S1744133119000161>
27. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):S190–8.
28. Andersen RM. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Med Care.* 2008;46(7):647–53.
29. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving access to care. Changing the US health system: key issues in health services policy and management. 2013;33–69.
30. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med.* 2012;9.
31. Ho JW, Kuluski K, Im J. “It ’ s a fight to get anything you need” — Accessing care in the community from the perspectives of people with multimorbidity. *Heal Expect.* 2017;20:1311–9.
32. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008. *Health Aff.* 2009;1(28):w1–16.
33. Gill A, Kuluski K, Jaakkimainen L, Naganathan G, Upshur R, Wodchis WP. “Where Do We Go from Here?” Health System Frustrations Expressed by Patients with Multimorbidity, Their Caregivers and Family Physicians. *Healthc Policy.*

2014;9(4):73–89.

34. Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* (Lond). 2000;15(3):85–90.
35. Connolly S, Wren M-A. Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy* (New York). 2017;121:434–41.
36. Krutilová V. Access to health care and the out-of-pocket burden of the european elderly. *Acta Univ Agric Silvic Mendelianae Brun*. 2016;64(6):1961–70.
37. Fjær EL, Stornes P, Borisova L V, Mcnamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(1):82–9.
38. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:2017–27.
39. Bonacchi A, Fazzini E, Messina S, Muraca MG, Pacetti P, Miceli S Di, et al. Sociodemographic, clinical, and psychological characteristics identify groups of Italian cancer patients with high rates of unmet needs. *Tumori J*. 2018;
40. García-gómez P, Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D, Oliva-Moreno J. Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin. *J Health Econ*. 2015;39:147–58.
41. Martins JLV. Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde dos portugueses em 2014 [thesis]. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa; 2017.
42. Kurpas D, Wroblewska I, Kassolik K, Andrzejewski W, Athanasiadou A, Mroczek B. Unmet Needs of Patients with Chronic Respiratory Diseases Within Primary Healthcare. *Adv Exp Med ans Biol*. 2015;14:43–55.
43. SHARE-ERIC. SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://www.share->

project.org/home0.html

44. SHARE. SHARE: release Guide 6.1.1. 2018. 1–84 p.
45. SHARE. SHARE survey: Portugal [Internet]. 2008 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <http://www.share-project.pt/index.php?id=43&L=0>
46. Bergmann M, Kneip T, Luca G De, Scherpenzeel A. Survey participation in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 1-7. SHARE Working Paper Series 31. Munich: SHARE-ERIC; 2019. 6–22 p.
47. Börsch-Supan, A. (2019). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 7.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w6.700.
48. OECD. Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. OECD Publishing; 2011. 47–81 p.
49. OECD. Growing Unequal? : Income Distribution and Poverty in OECD Countries (summary). OECD Publishing; 2008.
50. OECD. What are equivalence scales? [Internet]. 2011. Available from: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf>
51. IBM. Classification table in logistic regression [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.ibm.com/support/pages/classification-table-logistic-regression>
52. SHARE-ERIC. SHARE: Conditions of Use [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 19]. Available from: <http://www.share-project.org/data-access/share-conditions-of-use.html>
53. Ramos LM, Quintal C, Lourenço Ó, Antunes M. Unmet needs across Europe: Disclosing knowledge beyond the ordinary measure. Health Policy. 2019;12(123):1155–62.
54. Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. Eur J Heal Econ. 2015;16(7):781–96.

55. Martins, Ernesto Candeias. Os caminhos da historiografia portuguesa: da história à educação. *Revista História da Educação*. 2004;16:25-43.
56. Conselho Nacional de Educação. Lei de Bases do Sistema Educativo: balanço e prospetiva - Volume I. Conselho Nacional de Educação, editor. Vol. I. 2017. 401–496 p.
57. Ministério da Educação de Portugal. Breve Evolução Histórica do Sistema Educativo. In: Direção-Geral da Educação e Cultura, editor. Sistema Educativo Nacional de Portugal. 2005. p. 16–26.
58. Pordata. Taxa de analfabetismo segundo os Censos [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+analfabetismo+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-2517>
59. Zajacova A, Burgard SA. Healthier, Wealthier and Wiser: a demonstration of compositional changes in aging cohorts due to selective mortality. *Popul Res Policy Rev*. 2013;32(3):311–24.
60. Sakellarides C. Health in Europe and in Portugal – A Commentary on the ‘Health at a Glance: Europe 2018’ Report. *Acta M*. 2019;32(1):7–10.
61. Stokes J, Man M, Guthrie B, Mercer SW, Salisbury C, Bower P. The Foundations Framework for Developing and Reporting New Models of Care for Multimorbidity. *Ann Fam Med*. 2017;15(6):570–7.
62. Colombo F, García-Goñi M, Schwierz C. Addressing multimorbidity to improve healthcare and economic sustainability. *J Comorbidity*. 2016;6(1):21–7.
63. UNESCO. International Standard Classification of Education 1997. 2006. 15–39 p.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: Variáveis independentes

Idade

A variável idade foi definida em dois passos:

1º Obtenção da idade do respondente: subtração do ano 2019 pelo ano de nascimento do respondente, recolhido pela pergunta “dn003_” (*year of birth*)

(DN003_) *Em que mês e ano nasceu?*

2º Obtenção de faixas etárias através do agrupamento em decénios a partir dos 50 anos:

- Dos 50 aos 59 anos de idade,
- Dos 60 aos 69 anos de idade,
- Dos 70 aos 79 anos de idade,
- 80 ou mais anos de idade.

Sexo

A variável sexo define o sexo do respondente que foi indicado diretamente pelo entrevistador no campo “dn042_” (*male or female*)

Estado Civil

Os dados desta variável foram importados da base de dados da vaga 4, pela pergunta “dn014_” (*marital status*), uma vez que na vaga 6 do SHARE não se voltou a recolher esta informação. Neste estudo assume-se que o estado civil não se alterou entre a vaga 4 e a vaga 6.

(DN014_) *Qual é o seu estado civil?*

1. *Casado(a), a viver com a(o) esposa(marido)*
2. *União de facto*
3. *Casado(a), a viver separado(a) da(o) esposa(marido)*
4. *Solteiro(a)*
5. *Divorciado(a)*
6. *Viúvo(a)*

O estado civil foi agrupado em duas classes, a fim de cumprir das condições de aplicabilidade dos métodos estatísticos utilizados:

- Vive acompanhado: agrega as opções de resposta 1 e 2 (casado, a viver com o conjugue ou união de facto);
- Vive sozinho: agrega as opções de resposta 3, 4, 5, 6 (casado, a viver separado do conjugue, solteiro, divorciado, viúvo).

Educação

A variável educação foi obtido pela variável “*isced1997_r*” da base de dados do SHARE, na qual o nível de educação se encontra estratificado pelos níveis do *International Standard Classification of Education* (ISCED) de 1997.(63)

Para a conversão dos níveis de ISCED para os níveis de educação apresentados neste estudo foram seguidas as instruções facultadas pelo SHARE, obtendo-se as seguintes classes:(44)

- Sem escolaridade – ISCED 0
- 1º ou 2º ciclo do ensino básico – ISCED 1
- 3º ciclo do ensino básico – ISCED 2
- Ensino secundário – ISCED 3 e 4
- Ensino superior – ISCED 5 e 6

Para efetuar as análises estatísticas de associação foi necessário agrupar a variável para possibilitar a aplicabilidade dos testes efetuados, considerando-se as seguintes classes:

- Sem escolaridade ou ensino básico – ISCED 0,1 e 2
- Ensino secundário e superior – ISCED 3, 4, 5, 6

Ocupação

A variável ocupação resultou da compilação das categorias da variável “*ep005_*” (*current job situation*):

(EP005_) *Em geral, qual das seguintes opções melhor descreve a sua situação atual perante o emprego?*

- 1- *Reformado(a)*

- 2- *Empregado(a) ou trabalhador(a) por conta própria (incluindo trabalho para negócio da família)*
- 3- *Desempregado(a)*
- 4- *Permanentemente doente ou incapacitado(a)*
- 5- *Dono(a) de casa*
- 6- *Outra situação*

Para o presente trabalho, as três últimas categorias foram compiladas, tendo-se obtido as seguintes classes:

- Reformado,
- Empregado,
- Desempregado
- Outra (inclui permanentemente doente ou incapacitado e dono de casa)

Rendimento

A variável rendimento foi calculada com base na escala da raiz quadrada (*square root scale*) utilizada pela OCDE (48,49), que consiste na divisão do rendimento do agregado familiar pela raiz quadrada do número de pessoas do agregado familiar(50). Esta variável foi definida considerando as variáveis “hhsiz” (*household size*) e “hh017” (*total income received by all household members na average month last year*).

(HH017) *Quanto é que o(a) senhor(a) e as pessoas que vivem consigo tiveram como rendimento médio mensal depois de deduzidas as contribuições e impostos em (no ano anterior)?*

A construção da variável rendimento seguiu os seguintes passos:

1º Cálculo do rendimento familiar, utilizando a escala da raiz quadrada:

$$\frac{\text{Rendimento total do agregado familiar (hh017e)}}{\sqrt{\text{Nº de elementos do agregado familiar (hhsiz)}}$$

2º Obtenção dos quintis de rendimento:

- 1º Quintil: 0€ - 398,37€
- 2º Quintil: 398,37€ - 565,69€
- 3º Quintil: 565,69€ - 750,00€

- 4º Quintil: 750,00€ - 1202,08€

- 5º Quintil: 1202,08€ - 70710,69€

Seguro de saúde e/ou subsistema de saúde

Esta variável foi obtida diretamente pela pergunta “hc113_” (*has supplementary health insurance*), cuja resposta foi dicotomicamente divididas em SIM/NÃO.

(HC113_) *Tem algum plano de saúde complementar que paga por serviços não abrangidos pelo seu seguro de saúde/sistema nacional de saúde/outra entidade? Estes serviços podem incluir internamentos, exames, consultas, cuidados dentários, outros tratamentos ou medicamentos.*

1. *Sim*

5. *Não*

Estado de saúde auto-reportado

O estado de saúde reportado pelo respondente foi obtido pela pergunta “ph003_” (*health in general question 2*).

(PH0003_) *Diria que a sua saúde é...*

1. *Excelente*

2. *Muito boa*

3. *Boa*

4. *Razoável*

5. *Má*

Para garantir a aplicabilidade dos métodos estatísticos utilizados, efetuou-se a compilação da variável em três classes:

- Excelente ou muito bom,

- Bom,

- Razoável ou mau.

ANEXO 2: Pedido de autorização para utilização dos dados SHARE



STATEMENT CONCERNING THE USE OF SHARE DATA

To apply for access to the SHARE data, applicants must complete the following form.

Personal and professional details (if handwritten: please use capital letters)

Last name, first name/s: Teixeira, Maria Luísa

Email address: ml.teixeira@ensp.unl.pt

Position and job title: Pharmacist

Institution/organisation name: National School of Public Health, Nova University Lisbon

Type of institution/organisation: ☒ University
(please tick appropriate option) ☐ Scientific research institution
☐ Clearly separate and independent research dept. of a public institution/non-profit organisation
☐ Other, **non**-scientific affiliation
→ Note: Only if this option applies in your case you have to complete **PAGE 2** of this statement

Declarations

I hereby acknowledge and agree to carry out work on data of the SHARE project in accordance with the **SHARE Conditions of Use** (available in the currently valid version at <http://www.share-project.org/data-access/share-conditions-of-use.html>) only.

Please note: The SHARE Conditions of Use create a legally binding contract between you and SHARE-ERIC. Please read them carefully.

☒ I confirm that I have read and fully understood the SHARE Conditions of Use.

In particular, I acknowledge and agree with the following conditions:

- The data may be used for scientific research only (commercial use is prohibited)
- No action aiming at a re-identification of SHARE participants may be taken
- The data may not be made available to any other person/third party
- Reference of all publications has to be provided to the SHARE coordination team
- The SHARE data set/s used must be referred to and the funding sources have to be acknowledged in all publications

☒ I agree to receive the **SHARE newsletter** via email.

Please note: Even though the SHARE newsletter is an optional service, subscribing is recommended in order to keep up to date with regard to the SHARE project. Please read the **newsletter terms and conditions** in the **Privacy Notice** of the website of the SHARE project before subscribing. Unsubscribing is possible at any time.

Signature: Maria Luísa Félix Teixeira

Date: 14/Jan/2019 Place: Lisbon

Please return this statement to: SHARE Research Data Center, c/o CentERdata, P.O. Box 90153, 5000 LE Tilburg, The Netherlands; or by email to: share-rdc@uvt.nl

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
European Research Infrastructure Consortium
Amalienstraße 33 • 80799 Munich • Germany



SHARE coordination team
www.share-project.org
info@share-project.org